

SEMINARIO

Cooperación al desarrollo en salud y derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes



Federación de
Planificación Familiar
de España

SEMINARIO

Cooperación al desarrollo en salud y derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes

Madrid, 30 de mayo de 2006



Federación de
Planificación Familiar
de España

Edita: Federación de Planificación Familiar de España
Almagro, 28 - 28010 Madrid - España
Tel.: 91 591 34 49
Fax: 91 591 38 84
www.fpfe.org
e-mail: info@fpfe.org
Realización y diseño: PardeDÓS

Índice

Presentación	5
El Plan Director (2005-2008) y los derechos sexuales y reproductivos: un compromiso contra la pobreza	7
<i>Nava San Miguel</i>	
Los acuerdos de las Conferencias Internacionales: Población y Desarrollo, Mujeres, Objetivos de Desarrollo del Milenio, en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos	13
<i>María Vázquez</i>	
Situación de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en América Latina y el Caribe: los condicionantes sociales, culturales, políticos y económicos que marcan sus pautas y demandas	23
<i>Ángeles Cabria</i>	
Embarazo de adolescentes en América Latina y el Caribe	37
<i>Alfonso Antona</i>	
VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: una epidemia joven	45
<i>Javier Ramírez</i>	
Realidades y retos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las y los jóvenes colombianos	51
<i>Olga Amparo Sánchez</i>	
Formulación de proyectos de cooperación al desarrollo en salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes y jóvenes, desde una perspectiva de género	75
<i>Norma Vázquez</i>	



Presentación

La Federación de Planificación Familiar es una organización no gubernamental que promueve el derecho de todas las personas a decidir y ejercer con autonomía su vida sexual y reproductiva. Uno de sus objetivos es promover que se destinen más recursos a programas que mejoren la posición de las mujeres en los países del Sur, siendo la salud un aspecto fundamental de la misma. Por ello se considera de gran importancia la incorporación de los componentes relacionados con los derechos sexuales y reproductivos en los programas y proyectos de cooperación al desarrollo.

Los últimos estudios existentes, del año 2003, revelan que el total de la ayuda oficial al desarrollo en salud sexual y reproductiva representó el 1'8% del total de la AOD española. Esta cifra queda muy lejos de las recomendaciones internacionales establecidas para la atención al sector de salud reproductiva que se sitúan entre el 4% y el 5% del total de la AOD de un país.

Variar esta situación requiere no sólo su inclusión como objetivo en el Plan Director, sino también que se formulen proyectos con este componente desde las ONGs y que se dé prioridad por parte de las y los responsables de las distintas Administraciones Públicas.

Los Seminarios de formación sobre cooperación al desarrollo que se organizan desde la Federación pretenden ser un instrumento para profundizar en el conocimientos de quienes estamos vinculadas al ámbito de la cooperación al desarrollo, para que se impulsen programas de salud y derechos reproductivos en los países del Sur.

El IVº Seminario, realizado el 30 de marzo del 2006 y organizado por el área de formación de la Federación, ha estado centrado en la “Cooperación al desarrollo en salud y derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes”. Los textos que a continuación se reproducen corresponden a las ponencias presentadas en dicho Seminario y esperamos sean de utilidad para el trabajo que en el ámbito de la cooperación al desarrollo se realiza desde distintas instancias.



El Plan Director (2005-2008) y los derechos sexuales reproductivos: un compromiso contra la pobreza

Nava San Miguel

*Coordinadora de Planificación Sectorial y Responsable de Género (DGPOLDE)
(Secretaría de Estado de Cooperación Internacional)*

Qué es el Plan Director de la Cooperación Española (2005-2008)

Elemento básico de planificación cuatrienal de la cooperación española para el desarrollo, su eje central es el pacto internacional de Objetivos de Desarrollo del Milenio para erradicar la pobreza.

Su objetivo es garantizar la oportunidad, coherencia, eficacia y eficiencia de la política pública de cooperación internacional para el desarrollo.

Determina las líneas generales y directrices básicas, mediante objetivos estratégicos, prioridades horizontales, prioridades sectoriales, prioridades geográficas y recursos presupuestarios indicativos.

Inicia un nuevo ciclo de planificación estratégica que se completa con la elaboración de estrategias sectoriales (estrategias de salud y género) y estrategias geográficas.

Avances

Compromisos internacionales: a partir de la Agenda y pacto mundial contra la pobreza (OMD), pero considerando el marco de referencia internacional previo ratificado por España, que sienta las bases del desarrollo y de los propios ODM.



Planificación: es un documento de planificación de la política de desarrollo que genera un amplísimo consenso internacional.

Nuevos instrumentos: ciclo de planificación que promueve la integralidad del proceso. Orientados al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Coherencia y armonización de políticas y actores de la cooperación internacional, intraestatal e interministerial.

Calidad de la Ayuda Oficial al Desarrollo: más y mejor asignación.

Implicaciones y avances sobre salud y derechos sexuales y reproductivos

Es una prioridad inexcusable en la cooperación española para superar la pobreza, que se refleja en cuatro aspectos:

1. Declarativo: refleja la voluntad política del gobierno por la igualdad de género, que se manifiesta también en política de cooperación.
2. Compromiso político programático: se concreta en el Plan Director al incluir género y salud sexual y reproductiva como prioridad horizontal y sectorial y los compromisos internacionales.
3. Proceso de planificación estratégica: se integra género y salud sexual y reproductiva en todo el proceso a distintos niveles: estructurales, instrumentales y presupuestarios. Con un carácter más operativo y unas líneas y actuaciones prioritarias.
4. Acciones concretas: calidad en la gestión e incremento de presupuestos destinados al tema.

Avances en el marco internacional

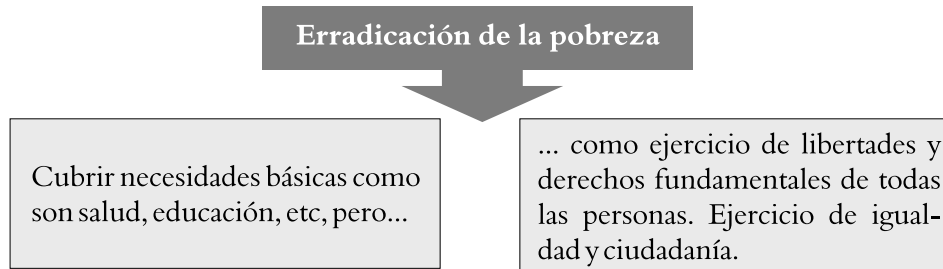
Cumplir con los compromisos internacionales ratificados por España: define prioridades contra la pobreza:

1. A partir de la Agenda y pacto mundial contra la pobreza (OMD) y Cumbre del Milenio de Nueva York 2005.
2. Pero considerando el marco de referencia internacional ratificado en décadas anteriores por España, que sienta las bases del desarrollo y de los propios Objetivos de Desarrollo del Milenio. Más allá de ODM: CEDAW, El Cairo, Beijing, Beijing+10, Directrices del CAD, Declaración universal de derechos humanos, Convención internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales.

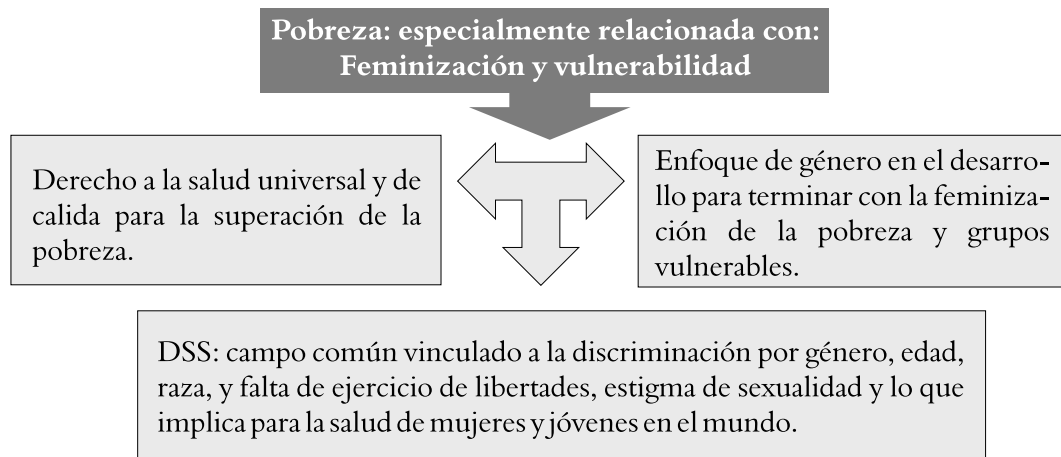


Avances GED y derechos sexuales y reproductivos en el marco teórico

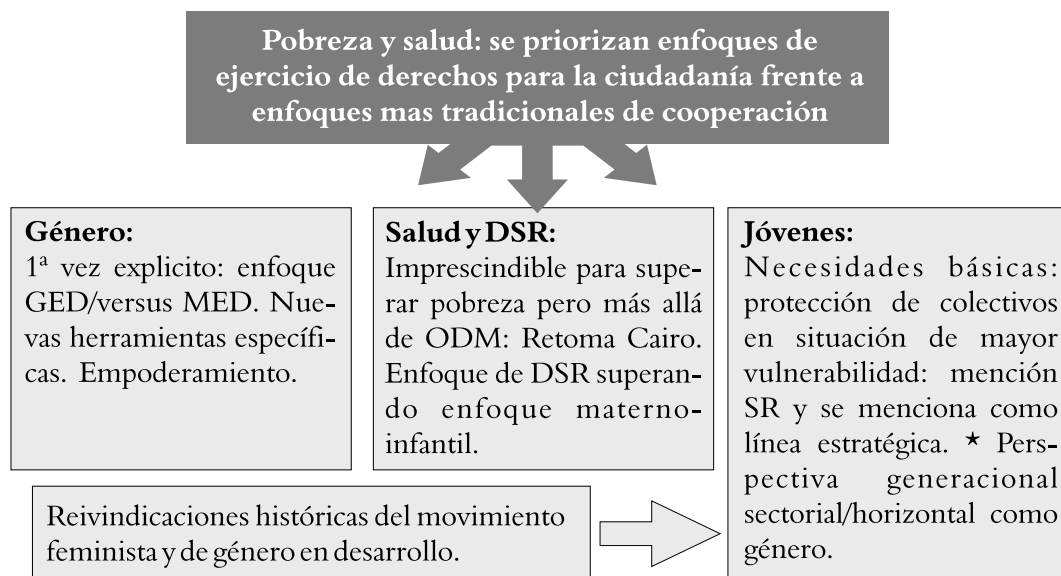
1) Define principios fundamentales sobre los que se inspira:



2) Nuevos enfoques prioritarios en salud, género y jóvenes



Avances en el marco teórico y estratégico



Avances GED y DSR en política y planificación

Planificación: supera la visión de proyectos e integra el género y los derechos sexuales y reproductivos desde la planificación de planes, estrategias y programas.

1. Nuevas estrategias sectoriales de género y salud ubicada en GED y enfoque DSR, en un marco más amplio de erradicación de la pobreza.
2. Prioridades horizontales: pobreza, derechos humanos, diversidad cultural, medioambiente y género: proceso de transversalización en DES, fundamentales para población y derechos sexuales y reproductivos.
3. Herramientas: integrado para orientar la gestión.
4. Enfoque generacional (mainstreaming).

Avances sobre GED y derechos sexuales y reproductivos en gestión

1. Presencia internacional y compromisos
 - Más calidad y coherencia de la ayuda.
 - Mayor presencia y aportes técnicos a ONU, UE y GENDERNET/CAD/OCDE.
 - Incremento presupuestario a fondos concretos de género y derechos sexuales y reproductivos: acuerdos marco y contribuciones voluntarias a organismos multilaterales especializados en el tema: UNIFEM, INSTRAW, UNFPA, ONUSIDA, Fondo global de Sida, CAD.
 - Adaptación a nuevos instrumentos.
2. Integración real en la cooperación bilateral
 - Reforma estructural SECI/DGPOLE/AECI: Áreas recursos humanos especializados e implicación en presupuestos. Proceso transformación en cascada.
 - Puesta en práctica de estrategias sectoriales y geográficas: desde el diagnóstico a gestión, incremento de recursos y calidad de ayuda. También en las convocatorias a ONGs.
 - Procesos de seguimiento y evaluación coherentes con enfoque GED y DSR.
 - Área estadística: mejora en el sistema de volcado de información y revisión de códigos y marcadores de género.
 - Programas sectoriales, como por ejemplo el programa VITA.
 - Programas regionales, estrategias país y proyectos y actividades.

Retos de futuro en participación de jóvenes para cumplir el Plan Director

1. Información precisa, formación que clarifique los marcos teóricos y de actualización en las organizaciones involucradas.



2. Vigilancia de institucionalización del tema de género en SECI/DGPOLDE/AECI.
3. Cumplir con presupuestos concretos para estos temas.
4. Participar en actores y órganos consultivos de cooperación de forma activa y propositiva.
5. Involucrarse en la gestión de programas, proyectos y acciones GED y DSR, en la cooperación española y etapa de transferencia.
6. Promover cambios significativos en las culturas organizacionales (lenguaje, acciones positivas, paritarias, convocatorias).
7. Programas de sensibilización y formación continua al interior y transferencia para otros actores.
8. Futuro: apuesta por la igualdad y el ejercicio de ciudadanía contra la pobreza. Derechos y libertades en público y privado: sexualidad, salud y no-discriminación por ninguna causa e igualdad de género.



Los acuerdos de las Conferencias Internacionales: Población y Desarrollo, Mujeres, Objetivos de Desarrollo del Milenio, en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos

María C. Vázquez
*Directora de la Federación de
Planificación Familiar de España*

Resulta difícil iniciar este tema y sintetizar el recorrido temporal, las iniciativas, el escenario actual y los retos que aún enfrentamos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. La dificultad reside en primer término en la conjugación de varios términos: salud, mujer, salud y derechos sexuales y reproductivos, población; y también de procesos e instrumentos internacionales, -ya de largo recorrido- que han desembocado en el más reciente compromiso adquirido por la comunidad internacional: los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Si se toma el primero de los términos mencionados, **-la salud-** se ha de reconocer -con agrado- que hoy en día en nuestro entorno, afortunadamente cada vez parece más visible y extendida la percepción de la salud como derecho; un derecho que todas las personas podemos y debemos exigir que se nos garantice por parte de los gobiernos de los países donde residimos. Esta afirmación, que conceptualmente no ofrece mucho margen para la discusión o cuestionamiento, en la práctica nos presenta un escenario bien distinto: el derecho a la salud no está garantizado para buena parte de la población mundial; sin embargo, son escasas las noticias, denuncias o procesos jurídicos que abordan la falta de acceso a la salud como una conculcación de derechos.

Parece oportuno recordar que la salud hace tiempo dejó de interpretarse como mera ausencia de enfermedad, y que se han ido analizando los factores que intervienen en el



estado de salud, tanto individual como colectiva. Desde esta perspectiva, cabe mencionar a Lalonde, cuando impulsó en Canadá la perspectiva de los determinantes de la salud; orientación -reconocida por expertos y profesionales- que avalaba la existencia de cuatro grandes grupos de determinantes de la salud: el entorno en el que se vive -incluido el medioambiente-, los estilos de vida, la dotación biológica individual y los servicios de salud. Paradójicamente estos dos últimos grupos a los que se habían dirigido -y en ocasiones aún es así- todos los sistemas de salud son los que menos peso específico tienen en el estado de salud de las personas. Con posterioridad a este informe, presentado en 1974, han sido numerosos los avances realizados para definir y detallar los contenidos y significación de estos determinantes de la salud.

A efectos del tema que nos ocupa cabe preguntarse ahora: si estos determinantes han de considerarse necesariamente en la valoración del estado de salud ¿qué se puede decir sobre la salud sexual y reproductiva de las personas? Surgen necesariamente dos cuestiones: la primera relativa a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres como potenciales beneficiarios de un óptimo estado de salud general y en particular de salud sexual y reproductiva, a la discriminación existente y la equidad en el acceso a los niveles óptimos. La segunda cuestión conduce al concepto de **salud sexual y reproductiva**, cuya definición conviene incluir con el objeto de facilitar la expresión en un lenguaje común.

La salud sexual y reproductiva, según la definición acordada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, abundó en la parte reproductiva del término y lo expresó como sigue:

“Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”¹.

Si hasta ahora se ha comentado breve y concisamente los determinantes de la salud, la salud sexual y reproductiva, se puede pasar a comentar al respecto de **la población**. En este sentido, es importante recordar que somos más de 6.300 millones de personas en el planeta. La distribución de la población por regiones geográficas es desigual; mientras que en las regiones consideradas de ingreso alto² vive el 15.8% de la población, en las regiones de ingreso bajo reside el 36.8%, y en las de ingreso mediano el 47.4% restante. Este dato

1. Este mismo párrafo de la Declaración de la Conferencia, continúa con la definición de la atención en salud reproductivo

2. Consultar fuentes: UNDP. UN 2005



tiene su correlato en el promedio de crecimiento anual, siendo para las regiones más desarrolladas y para 2005 de 0.3% anual; en las regiones menos desarrolladas un 2.8% y en el grupo de países menos adelantados y que se corresponden con aquellos de niveles más elevados de pobreza y más reducidos de desarrollo, se alcanza el 2.4% de crecimiento anual. Este gráfico panorama, nos sitúa ante un escenario difícil en términos de distribución de la riqueza, entendida como capacidad y acceso al ingreso, a la propiedad. Esto obviamente tiene su traducción en la distribución de servicios, entre los que se incluyen los servicios de salud.

A estos datos, tenemos que añadir que vivimos en un momento de la historia de la humanidad, donde la *dimensión numérica y proporcional de la juventud es importante y significativa*. Casi la mitad de la población mundial, en torno a los 3000 millones de personas, son menores de 25 años³. Los jóvenes no sólo son cruciales en los procesos de desarrollo social, sino que también lo son en aquellos para mejorar sus niveles y de disminución de la pobreza. Pero no se puede ni debe olvidar que son también especialmente vulnerables –en función del contexto en que viven- a los determinantes de salud antes mencionados y de modo muy particular a la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Como grupo particular, los adolescentes tienen necesidades en salud sexual y reproductiva que difieren de las de los adultos y que permanecen invisibilizadas y poco atendidas en la mayoría de las regiones del mundo. Obviar a este sector de la población tiene implicaciones importantes de futuro, desde el momento en que los comportamientos durante la adolescencia tienen consecuencias para sus vidas y sobre cómo se desarrollarán en la etapa adulta.

Si se habla de **mujeres**, no se puede por menos que hacer referencia a la situación de desigualdad de la mujer frente al hombre. Para ilustrar esta afirmación, se toma el último informe de UNFP, donde literalmente se dice:

“... Hombres y mujeres de todo el mundo tienen un acceso desconcertadamente diferente a los bienes y las oportunidades, reforzada por normas y estructuras sociales desiguales que perpetúan las diferencias de género por siglos”.

Es ya reconocido internacionalmente que invertir en igualdad entre hombres y mujeres ofrece unos resultados magníficos en términos de progreso social y son de gran impacto para las generaciones futuras. El escenario actual nos muestra mayor número de contextos de los deseables en los que las actividades de las mujeres, todavía solo sirven como insumos para el bienestar colectivo de la familia, y aquí se incluye el uso de su capacidad reproductiva. Modelos sociales en los que la herencia y también la propiedad tienden a ser coherentes con este patrón, no hablamos por tanto sólo de sociedades patrilocales sino también patrilineales.

3. Ya en el informe UNFP, 2003, se hablaba de un número sin precedentes de adolescentes, 1.200 millones. Esto ha asegurado la continuidad del crecimiento de la población y lo hará en los próximos decenios, incluso cuando las familias sean más pequeñas. Si bien la proporción de adolescentes en el total de la población puede disminuir a la largo del tiempo, las cantidades totales se mantendrán en el tramo de 1200 a 1300 millones a lo largo de los próximos cincuenta años.



En 2006, año en que nos encontramos, se puede decir que se tiene -tenemos- una gran oportunidad para mejorar estas condiciones; se dispone de un marco de trabajo comprometido internacionalmente que ofrece un espacio único para avanzar en esta dirección. Desde aquí, parece natural el paso a introducirse en la **evolución de los acuerdos internacionales** a los que se ha llegado con ocasión de la celebración de las últimas conferencias internacionales, en las que se ha trabajado en materia de salud sexual y reproductiva. La que escribe parte de la premisa de que todas las organizaciones especializadas en salud sexual y reproductiva concuerdan en el reconocimiento que la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo vino a marcar un hito en el marco y en la perspectiva de trabajo en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. No obstante, fue precedida de otras iniciativas previas que propiciaron que en El Cairo se desarrollara y comprometiera internacionalmente un “Plan de Acción”.

Así, y de modo breve, para entender la evolución es importante recordar que las políticas relativas a este tema, en sus orígenes, tuvieron un marcado carácter poblacionista, donde el enfoque inicial partía de la voluntad de control del crecimiento de la población, una perspectiva que se ha ido modificando, y desde la que se ha ido configurando una agenda diferente y más amplia.

✓ En **1968, en Teherán, la Conferencia Internacional de Derechos Humanos** reconoció por primera vez el derecho de los padres a la planificación familiar. Esta declaración enmarcaba el derecho paterno a decidir en libertad el número de hijos que desean tener y cuándo tenerlos.

✓ En **1974, en Bucarest**, y con ocasión de la **Primera Conferencia Internacional en Población**, celebrada en coincidencia con el año mundial de la población, se establece que el elevado crecimiento demográfico es causado por el subdesarrollo, reconociendo que de no beneficiarse de unos mejores y más elevados niveles de desarrollo, las parejas no encontrarían valor añadido al hecho de tener familias más reducidas⁴. Como resultado de la Conferencia surgió el Plan de Acción para la Población Mundial en donde se sustituye el término de padres por el de personas, y se califica el proceso de toma de decisión calificándolo de libre, informado y responsable.

A partir de esa fecha se empiezan a visualizar progresos a nivel internacional y de ayuda en cooperación relativos a la planificación familiar.

✓ Un año más tarde, **en Méjico, se realiza la Primera Conferencia Internacional sobre las Mujeres**, en donde se reconoce que el derecho a la planificación familiar es esencial para alcanzar la igualdad de género.

✓ **En 1984** se desarrolla, también **en Méjico**, la siguiente **Conferencia Internacional en Población**. De esta conferencia se desprendieron retos importantes, tales como:

- Poner en evidencia las necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar y cómo mejorar la cobertura.

4. Hasta esa fecha, la premisa de la que se partía era pensar en un crecimiento demográfico como barrera para el crecimiento económico y consecuente desarrollo.



- La incorporación de los hombres, en la medida en que para garantizar a las mujeres la opción de participación en la vida social es necesaria la responsabilidad del hombre en planificación familiar, cuidado de los hijos y de la familia.
- Se abordó específicamente la mortalidad materna, poniendo sobre la mesa que los abortos inseguros y el corto espacio entre hijos eran causas de muertes maternas, exhortando a los gobiernos a trabajar para evitar los abortos, así como apoyar la planificación familiar en el marco de los programas de atención maternoinfantil e incorporando a las ONGs para incrementar el acceso a estos servicios.
- Se identifican a las y los adolescentes como un grupo de población y diana específico para el desarrollo de la educación sexual.

El impacto de esta Conferencia, sin embargo, residió fundamentalmente en la política lanzada por la Administración estadounidense de suspender la financiación a todas las organizaciones relacionadas en alguna forma con el aborto (conocida como “Gag Rule”) y que estuvo vigente hasta 1993 con la llegada de Clinton, pero reinstaurada por la Administración Bush.

✓ En **1992 la Cumbre de la Tierra celebrada en Río de Janeiro** situó a las mujeres en un rol crucial en la gestión medioambiental y se promovió el concepto de desarrollo sostenible.

✓ En **1994 la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo** (ICPD) vino a marcar la política global en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos vigente en la actualidad:

- Se vinculó población y pobreza.
- El programa de acción emanado de la Conferencia reunió iniciativas de población, educación, salud, medioambiente y reducción de pobreza a través del desarrollo, desde una perspectiva de derechos.
- Se estableció el concepto de salud reproductiva antes mencionado. Se definieron las áreas de servicios que la integra: planificación familiar, educación sexual, salud materna y protección frente a ITS incluido el VIH/SIDA, dando forma con ello al modelo de atención en salud sexual y reproductiva considerado óptimo.
- Se resaltó la necesidad imperiosa de dirigirse a las y los jóvenes y adolescentes para la reducción de embarazos no deseados.
- Se declaró que el aborto no debía ser promovido como método de planificación familiar, al tiempo que se retomaron los riesgos de los abortos inseguros y las complicaciones postaborto.
- El programa de acción incorporó estimaciones económicas, acordándose que se requerían 17 billones de \$ en el 2000, 18,5 en el 2005, 20,5 en el 2010 y 21,7 billones en 2015, si se quería atender las necesidades evidenciadas en esa Conferencia y estimadas hasta el 2015.

A partir de la Conferencia de El Cairo y en el marco de ese plan de acción se identificaron y consensuaron una serie de indicadores de seguimiento de dicho plan, en materia



de salud sexual y reproductiva y que el Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP/UNFPA) ha ido incluyendo en los informes que anualmente edita y publica sobre el estado de salud mundial.

Si se toma un indicador como la esperanza de vida al nacer según sexo, los datos extraídos de los informes del FNUAP en 2000 y 2005 nos muestran lo siguiente:

La diferencia por sexo entre hombres y mujeres en el año 2000 era de 7,6 años superior para las mujeres en las regiones más desarrolladas del mundo, descendiendo a 7,4 años en el 2005. Lo que ha ocurrido en las regiones menos desarrolladas en ese tiempo, nos informa de una diferencia de 3,2 años superior en la esperanza de vida de las mujeres en el 2000, que pasa a ser de 3,5 en el 2005. Esto podría indicar que en las regiones más desfavorecidas del planeta, parece incrementarse la esperanza de vida de las mujeres muy lentamente. Sin embargo el dato más significativo, a los efectos de esta presentación, es el que muestra la elevada desigualdad entre regiones más y menos desarrolladas. Éstos hablan por sí solos; en el año 2005, mientras la esperanza de vida para las mujeres en los países ricos era de 79,6 años, se situaba en 65,8 para las mujeres de las regiones menos desarrolladas, un diferencial de 13,8 años en su esperanza de vida al nacimiento.

Otro de los indicadores utilizado para el seguimiento de las metas de esta Conferencia, fue el de la mortalidad materna. Utilizando la misma fuente que para el anterior, el escenario por continentes se nos presenta del siguiente modo:

- En el continente africano la mortalidad materna de los países que lo conforman, oscilaba en el 2005, en un rango entre las 2.000 muertes maternas/100.000 nacidos vivos registrada en Sierra Leona, o las 1.8000 muertes/100.000 de Malawi, y un límite inferior de 24/100.000 de Mauricio. Junto con éste, sólo Egipto y Libia registraron tasas inferiores a 100/100.000.
- En el continente americano, obviamente Canadá y Estados Unidos registran las menores tasas con 6 y 17/100.000 respectivamente en el 2005, mientras que los países con las tasas más elevadas fueron Haití con 680/100.000, seguido de Bolivia y Perú con 420 y 410 respectivamente⁵.
- En el continente asiático⁶, las cifras más bajas para 2005 las registraron países como Kuwait, Japón o Israel con 5, 10 y 17/100.000 respectivamente. La más elevada se dio en Afganistán con 1900/100.000.

Estos datos, deberían servir para analizar la evolución en el tiempo, y si bien en muchos contextos geográficos se ha mejorado este indicador (no se debe obviar la posible influencia de la puesta en marcha y/o mejora de los sistemas de información sanitaria), a la luz de los resultados se debería continuar en la tarea de disminuir las muertes de mujeres relacionadas con la maternidad.

5.En el año 2000, la tasa registrada en estos dos países fue de 390 y 270 muertes respectivamente, mientras que de Haití no había información relativa a este indicador.

6.Incluidos los estados árabes.



Una vez otorgado el espacio que amerita la Conferencia de El Cairo, continuar la evolución de las Conferencias internacionales, nos lleva a un año después.

✓ En **1995** se celebra **en Beijing la Conferencia de Naciones Unidas sobre las Mujeres**. Ésta nació con la voluntad firme de no renegociar nada de lo alcanzado el año anterior en El Cairo, y allí se especificó que los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia.

- Se planteó la posibilidad de descriminalizar el aborto, exhortando a los gobiernos a revisar leyes punitivas contra las mujeres que hubieran recurrido al aborto.
- Se incorporaron al compromiso y agenda internacionales las condiciones de acceso a los servicios tales como la privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, y que posteriormente han tenido su correspondiente traducción en términos de derechos.
- Se evidenció el efecto devastador específico del SIDA sobre las mujeres y el necesario abordaje desde la perspectiva de género.

✓ **En 1999, en la revisión de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD + 5)**, se reafirma el acuerdo histórico que supuso dicha Conferencia; se hizo balance evidenciándose resultados positivos en el uso y en el acceso a métodos anti-conceptivos y planificación familiar y el incremento en los servicios de salud reproductiva. Sin embargo, aún se identificaron elevados niveles de discriminación contra las mujeres, inaceptables tasas de mortalidad materna y la vulnerabilidad persistente de jóvenes y adolescentes. Sirvió también para poner de manifiesto el incumplimiento de los compromisos financieros adquiridos.

✓ **En 2000, con ocasión de la revisión de la Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing + 5)** se impulsó la mayor participación de los hombres en la salud reproductiva.

- Ese mismo año, se celebró también la **Cumbre del Milenio**, de la que surge el compromiso internacional y actualmente vigente de reducir a la mitad el número de personas viviendo en pobreza absoluta para el 2015.

Se visualiza ya entonces el peligro de que al no estar suficientemente explícitos los objetivos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, se pierda este enfoque. En la declaración oficial de esta cumbre, Declaración del Milenio, se plantean ocho objetivos de desarrollo:

- 1.- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2.- Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3.- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
- 4.- Reducir la mortalidad infantil.
- 5.- Mejorar la salud materna.
- 6.- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.



7.- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

8.- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Tres de estos objetivos de desarrollo del milenio (ODM) se dirigen específicamente a salud. No obstante, desde una perspectiva de trabajo en salud sexual y reproductiva no se puede por menos que enfatizar y trasladar a las agendas políticas otros objetivos no relativos a salud, sin los cuales –entendemos– no se conseguirán el resto, y que son: lograr la enseñanza primaria universal, donde claramente las niñas están en desventaja frente a los niños; promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. En éstos se deben considerar incluidos la mejora de la educación secundaria para las jóvenes y adolescentes, la participación social, laboral y política de las mujeres, las capacidades para tomar sus propias decisiones en lo que a su salud sexual y reproductiva se refiere, y la erradicación de toda forma de violencia contra la mujer.

El balance global de la evolución en el desarrollo y aplicación de los derechos sexuales y reproductivos es positivo, pero no suficiente; habiéndose recorrido ya un camino importante en este sentido, cabe decir que este recorrido y logros muestran una distribución desigual. Esta desigualdad es una evidencia entre las regiones del mundo, e incluso entre países de la misma región, y nos muestra una de las direcciones en las que las organizaciones no gubernamentales especializadas en este tema deben –debemos– seguir trabajando.

Se pueden calificar de positivos también, los avances en materia de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en el ámbito de la cooperación internacional. Si bien es cierto que en escasas ocasiones se alcanza a cumplir los compromisos financieros por parte de los gobiernos, en general se puede hablar de una percepción y sensibilización en temas relativos a salud y derechos sexuales y reproductivos por parte de las y los responsables de la toma de decisiones más favorable y proclive a su introducción en las agendas. Al menos, se puede hablar en esta dirección de buena parte de los gobiernos europeos, que si no alcanzan el 4% del global de la AOD destinado a salud sexual y reproductiva, sí muestran avances en la distribución de los recursos.

Para finalizar, y completando la información con actuaciones en las que la Administración española se ha involucrado en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, particularmente con el grupo de jóvenes, cabe mencionar la **Convención Iberoamericana de derechos de las y los jóvenes**, que se celebró en Badajoz en octubre de 2005, cuya acta recoge en su articulado, de forma específica, algunos derechos tales como: derecho a la formación de una familia, participación de los y las jóvenes, derecho a la educación sexual y el derecho a la salud que incluye aquí la promoción de la salud sexual y reproductiva.

En noviembre de 2005 y en el marco de la **Conferencia Internacional sobre Juventud y Liderazgo –Salud y derechos sexuales y reproductivos**, celebrada en Madrid, se aprobó una declaración final en la que se recoge el apoyo de las y los firmantes del documento resultante a los esfuerzos realizados: en torno al vínculo inextricable entre salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA, las acciones encaminadas a la promoción de la igualdad de género, y los trabajos realizados por los grupos parlamentarios europeos en



esta dirección. Se reconoce la necesidad de acción colectiva urgente para el cumplimiento de los compromisos adquiridos, el derecho de todos los y las jóvenes de elegir opciones de forma libre e informada sobre su vida sexual y reproductiva, que las y los adolescentes son grupos prioritarios de intervención, la necesidad de la colaboración entre las y los jóvenes decisores, Parlamentos, ONGs y agencias internacionales, la promoción de la educación sexual de adolescentes y jóvenes en el ámbito educativo y de participación social, la garantía del derecho universal a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva propiciando el cumplimiento de los estándares internacionalmente reconocidos, la promoción de la inclusión de métodos modernos y eficaces de anticoncepción y planificación familiar en la cartera de servicios, y el desarrollo –entre otros- de programas integrados que establezcan una respuesta a las necesidades no cubiertas. Y finalmente se recomienda la promoción del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales.

Bibliografía:

- Informe del estado de salud de la población Mundial. UNFPA. 2000.
- Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. UNFPA. 2005.
- Informe de Desarrollo Humano. UNDP. 2005.
- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes. Badajoz 2005.
- Declaración de Madrid. Noviembre 2005. Disponible en <http://www.fpfe.org>.
- Adolescents. Sexual and Health reproductive. <http://www.who.int>.
- ICPD. Plan of Action. 1994.
- El camino hacia la salud reproductiva. FPFE.



Situación de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en América Latina y el Caribe: los condicionantes sociales, culturales, políticos y económicos que marcan sus pautas y demandas

Ángeles Cabria

Asesora de la “Red latinoamericana y caribeña de jóvenes por los derechos sexuales y reproductivos”. Consultora de “International Women’s Health Coalition”.

En la última década hemos visto un crecimiento del apoyo internacional a políticas y programas enfocados en la equidad de género, la salud reproductiva y la protección de los derechos humanos de las mujeres y jóvenes, basadas en los principios defendidos por instrumentos internacionales como la Convención por los Derechos de la Niñez y la Convención para acabar con todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW en inglés), así como el Programa de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de las Mujeres de Beijing (1995), entre otras, que dieron lugar a un cambio de paradigma en las políticas de población mundiales. Sin embargo a más de una década de la instauración de ese nuevo paradigma centrado en la integralidad de la salud sexual y reproductiva en base a los derechos sexuales y reproductivos como parte fundamental de los derechos humanos, éstos están muy lejos de materializarse para una gran parte de las mujeres, hombres y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe (LAC), principalmente en las áreas rurales y entre las poblaciones indígenas.

A continuación voy a tratar de mostrar algunos aspectos de la expresión de las sexualidades y de la situación de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes de la región latinoamericana y caribeña, así como de los factores que la condicionan, dentro de un panorama que se podría calificar como de extremadamente complejo pero esperanzador. Complejo en su diversidad étnica, racial, política, económica, social y cultural; aspectos



todos condicionados por la globalización neoliberal que impone medidas y ajustes estructurales económicos que contribuyen al deterioro de los procesos democráticos nacionales y de la sociedad del bienestar en desarrollo en la región. Situación ceñida a su vez por el control social y religioso de los cuerpos y las sexualidades de las personas, fundamentalmente de las mujeres y en particular de las jóvenes. Y un panorama esperanzador en gran parte debido al crecimiento del papel de la sociedad civil organizada, particularmente de los movimientos de jóvenes, en la construcción de sociedades plurales y democráticas, en el desarrollo y monitoreo de las políticas públicas, y en la demanda de su cumplimiento a las instituciones del Estado.

En los últimos años, el movimiento organizado de adolescentes y jóvenes ha tomado el liderazgo y demandado espacios de participación política desde los cuales poder redefinir sus prioridades, instalar sus posicionamientos y exigir el desarrollo de nuevas políticas y programas que contemplen su derecho al disfrute de una sexualidad plena y al acceso a educación sexual completa y a servicios de calidad, y diferenciados, de salud sexual y reproductiva. Las múltiples dificultades que enfrentan adolescentes y jóvenes, en esta relativamente nueva lucha por sus derechos, comienzan por la patente invisibilidad de su diversidad y sus diferencias etáreas, de clase, raciales, étnicas y culturales. Las políticas de juventud en muchos casos invisibilizan a la adolescencia, amalgamándola en un periodo de la vida que puede ir de los 10 a los 35 años, de acuerdo a la variedad de definiciones de organismos multilaterales, entidades públicas o financieras. Esta asimilación da como fruto, en muchos casos, el aislamiento o incluso el olvido del grupo de edad más joven de 10 a 15 años que tiene unas necesidades obviamente muy diferentes del de más edad, de 20 a 25 ó 30 años, que generalmente ostenta “el poder” de representatividad juvenil y de negociación dentro y fuera de sus redes.

Más adelante veremos algunas de las diferencias entre grupos y redes de jóvenes existentes en la región de acuerdo a los factores socio-económicos, culturales y étnicos que condicionan sus vidas y determinan sus demandas. Igualmente presentaré algunos ejemplos de iniciativas desde las organizaciones y movimientos juveniles, gobiernos y cooperación al desarrollo que están tratando de visibilizar y mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, incidiendo sobre los condicionantes que la comprometen, y promoviendo los liderazgos jóvenes que antepongan sus perspectivas y prioridades. Finalizaré con algunas sugerencias de líneas de acción que pueden contribuir a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes y al progreso de su salud sexual y reproductiva.

I) SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES: FACTORES CONDICIONANTES

La población menor de 30 años de América Latina representa casi el 60% de la totalidad de aproximadamente 500 millones de habitantes, de los que el 30% de la población económicamente activa se encuentra entre los 15 y los 25 años (UNICEF, 1997). La juventud de la región ejerce su sexualidad en condiciones diversas que dependen del contexto de cada país, de su nivel socio-económico, características culturales, religión, y grupo étnico o racial. La diversidad étnica queda patente entre la población mestiza, indígena y afrodescendiente de la región. Actualmente existen aproximadamente 42 millones de indígenas



pertenecientes a unos 400 grupos en las Américas, representando el 10% de la población de Latinoamérica y el Caribe. El 80% de toda la población indígena de LAC se encuentra en Centroamérica y la región Andina¹.

Así mismo, el nivel de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y la existencia o no de políticas de educación sexual y salud sexual y reproductiva específicas para adolescentes y jóvenes varía de acuerdo a la diversidad de países, aunque se encuentran situaciones comunes que permiten presentar un panorama restringido respecto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el cual incluye:

- 1) **La cultura represiva, autoritaria y machista** que concibe a la adolescencia como una condición social transitoria que no merece mayor atención, y considera a las y los adolescentes como seres irresponsables e incapaces de tomar decisiones informadas sobre sus propias vidas, encasillándolos en los roles de género tradicionales de las culturas judeo-cristianas, de las indígenas autóctonas, de las afrodescendientes, y de la influencia y sincretismos establecidos a través de las colonizaciones. Esto unido a la imposición de los valores de las morales cristianas imperantes, tanto la católica como las crecientes iglesias evangélicas, hace que padres, profesores, religiosos, profesionales de la salud y demás adultos ejerzan diariamente “su derecho” a decidir por las y los adolescentes, reprimiendo sus sexualidades e iniciativas, desde las más simples a las más complejas, con grave impacto sobre su auto-estima y desarrollo psico-emocional. En ese contexto, los afectos no se expresan libremente y la sexualidad continúa inmersa en mitos y tabúes que impiden el diálogo, la negociación en la familia, con sus pares y en la pareja, y en definitiva su desarrollo sexual saludable y placentero. Por las razones mencionadas, adolescentes amazónicas Ashaninka de Perú señalan la baja auto-estima como su principal problema en la vida, junto con la violencia sexual y física, que les lleva al intento de suicidio con una frecuencia que supera cualquier estadística².
- 2) **La inequidad de género** se mantiene vigente en los entornos familiares, escolares, laborales, sociales y políticos, a pesar de que teóricamente la incorporación de la perspectiva de género se ha transversalizado e institucionalizado en la mayoría de políticas, programas nacionales y documentos internacionales, a raíz de la IV Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing (1995), de forma a garantizar que las cuestiones de género sean tomadas en cuenta en todos los sectores tanto gubernamentales como no gubernamentales. Por otro lado, los hombres continúan invisibilizados en la perspectiva de género, reduciéndose ésta a la mujer, al tiempo que persiste una carencia prácticamente absoluta de perspectiva de etnia, raza o nación. Incluso muchas políticas y programas que institucionalizan el concepto universal de derechos de las mujeres, y más recientemente de la población joven, fallan en integrar una perspectiva más compleja de clase, género y raza.

1. Huges, Jessica “Gender, Equity and Indigenous Women’s Health in the Americas” en PAHO *The Gender and Health Unit* Marzo, 2004.

2. Entrevistas llevadas a cabo por Astrid Bant y Angeles Cabria a mujeres Ashninka del Rio Ene en el contexto de una evaluación del programa de salud reproductiva de la Asociación para la Conservación del Patrimonio de Cutiverini (ACPC), Agosto, 2004.



- 3) **La pobreza y situación de exclusión social.** Latinoamérica representa, junto con África, el continente con el nivel de inequidad económica más alto del mundo³. El actual perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas continúa asociado a altos índices de pobreza, desempleo, migración, analfabetismo, exclusión del sistema de salud y falta de acceso a servicios en general, ausencia de derechos a la tierra y destrucción del ecosistema en que habitan, entre otras necesidades básicas sin cubrir⁴. De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud, el riesgo más alto de exclusión social y en salud corresponde a las poblaciones más pobres (87%) que residen en áreas rurales (80%), principalmente en la región andina y amazónica⁵.

En Perú, el 67% de adolescentes de 10 a 14 años y el 56,6% de los que tienen entre 15 y 19 años, vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza (INEI, 2004). Sólo el 70,5% de adolescentes viven con ambos padres y el 9% de menores de 15 años del área urbana no vive con ninguno de sus padres biológicos, estando mayoritariamente en condición de adoptados o acogidos y siendo víctimas de explotación laboral. Muchos de estos adolescentes crecen sin protección, orientación o afecto y sin la más mínima noción de derechos. Es frecuente ver familias de sectores socio-económicos altos y medios que tienen una “empleada o empleado de hogar” adolescente que no recibe ingresos por su trabajo y no asiste a la escuela⁶.

El rostro de la pobreza urbana resultante de la globalización económica es de mujer joven: en buena parte de América Latina las mujeres menores de 30 años están entrando al mercado laboral en mayor proporción que los hombres. Sin embargo, la discriminación que sufren en los centros de trabajo les sitúa a alto riesgo de abusos laborales, acoso sexual, embarazos no deseados y abortos inseguros, inferior acceso al seguro médico y de vida, además de una mayor exclusión social y política⁷.

- 4) **El racismo y sexismo.** Las y los jóvenes afrodescendientes del continente, especialmente las mujeres, se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad desde la infancia debida al racismo y sexismo de las sociedades en las que viven. En el Perú por ejemplo, cerca del 10% de la población es afrodescendiente -unos 2,5 millones- distribuida a lo largo de la costa en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Al considerarse la costa como una región con mejor situación económica que la andina y amazónica, los pueblos afros no son sujetos de necesarias políticas públicas de desarrollo ni son población de atención prioritaria en los mapas de pobreza⁸. Esta situación se ve también en las costas de los países centroamericanos, Brasil y los otros países del sur del continente donde existe población afro.

El prejuicioso cliché de la “hipersexualidad” promueve un turismo sexual hacia lugares donde tradicionalmente existe población afro. Este turismo es a su vez promovido y

3. UNDP's 2000. Human Development Report.

4. PAHO Press Release “Health of Indigenous Requires Multicultural Approach” Agosto 9, 2004.

5. PAHO “Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean” Series No. 1.

6. La Rosa, Liliana, “Diagnóstico de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en Perú”. International Women's Health Coalition, 2006.

7. UNIFEM Progress of the World's Women 2005.

8. Informe LUNDU, 2004.



utilizado por una parte importante de la población afroperuana, en palabras de *LUNDU* (organización afroperuana de jóvenes) en “evidente muestra del trastoque de valores e identidad que aún no ha sido superado desde épocas coloniales”.

- 5) **El embarazo en la adolescencia.** Aunque la fecundidad del grupo de 15 a 19 años ha disminuido en general en la región, el descenso varía de acuerdo a los países y en algunos como Perú se ha mantenido en 12,7% en los últimos 20 años, siendo las cifras más altas en la Amazonía y la sierra donde el uso de anticonceptivos es escaso y discontinuo⁹. En Nicaragua, a los 19 años más del 45% de las adolescentes ya son madres, están embarazadas o lo han estado alguna vez (INEC-MINSA, 1999).
- 6) **Embarazo no deseado y aborto.** Del total de embarazos en Latinoamérica, se estima que el 50% no son deseados y el 25% terminan en aborto. Del número total de abortos, el 70% ocurren entre jóvenes de 15 a 30 años (OMS, 2004). Como ejemplo para ilustrar el bajo uso de anticonceptivos, en Guatemala sólo el 4% de jóvenes sexualmente activos manifiestan usar condones en forma regular; mientras en el Caribe el 40% de las mujeres no usa anticonceptivos en su primera relación sexual (UNICEF, 1997). En Perú se ha dado un crecimiento de muertes relacionadas a la gestación y al parto en adolescentes (11% del total en el 2001; 15,7% en el 2003)¹⁰. Así mismo, la mortalidad de hijos de madres adolescentes es 26% mayor que la general¹¹, como consecuencia de la ausencia de red afectiva y social y de la falta de preparación para la crianza de sus hijos.
- 7) **El matrimonio en niñas y adolescentes.** Entre las comunidades amazónicas, la edad promedio de matrimonio para la mujer es de 15 a 19 años pero es común que niñas de hasta 12 años se casen nada más tener su primer ciclo menstrual. Las adolescentes casadas, que por lo general ya no están en la escuela, representan otro mundo de adolescentes olvidadas y excluidas de los programas diseñados para adolescentes escolarizadas. A diferencia de lo que se pensaba tradicionalmente, las adolescentes casadas están en mayor riesgo de tener relaciones sexuales desprotegidas, sus uniones suelen ser con parejas más mayores que ellas, y normalmente en las comunidades indígenas y rurales están bajo fuerte presión de embarazarse rápidamente¹².
- 8) **VIH/SIDA.** A modo de ejemplo (ya que el tema se trata por separado en este Seminario), el 75% de casos reportados en el Perú en el 2003 (INEI 2004) fue contraído en la adolescencia como resultado de una combinación de factores que incluyen la iniciación sexual temprana, la desinformación y la falta de planificación de sus encuentros sexuales, el limitado uso del condón, y el abuso y la explotación sexual.

9. Dadro Tozzini, Maria Jennie, “Construyendo la equidad de género: propuestas de políticas”, CIES, Perú, 2006.

10. Ferrando Delicia. El Aborto Clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. Fundación Ford. Pathfinder Fund, Flora Tristán. Prin ppt. Lima Mayo 2004.

11. La Rosa Huertas Liliana. Modelos de Atención de Salud para Adolescentes en el Sector Público. Estudio de diez experiencias en el Perú. GTZ, MINSA Perú. 2002.

12. Haberland, Chong, and Bracken 2003 en Bruce, Judith, “The Diverse Universe of Adolescents, and the Girls and Boys Left Behind: A Note on Research, Program and Policy Priorities”, Population Council paper, 2005.



- 9) **Violencia.** El maltrato físico se da en el 50% de las y los niños en Lima, mientras que el psicológico se da en un tercio¹³. Las conductas violentas se extienden igualmente a la escuela, donde aún se imparten castigos verbales y físicos, y donde se han denunciado repetidos casos de coerción y abusos sexuales a adolescentes en comunidades rurales e indígenas.

Violencia sexual: *El Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán* realizó un informe de derechos humanos denunciando los casos de abusos sexuales de profesores de escuela secundaria a adolescentes Aguaruna en Perú¹⁴. Así mismo se han detectado casos de abuso a adolescentes Shipibo por parte de sus profesores en la región de Pucallpa en Perú¹⁵.

Aunque 34 países de la región cuentan con una ley sobre violencia doméstica y sexual¹⁶, su tratamiento varía mucho. Además, la generalizada insuficiente aplicación de las legislaciones vigentes tiene graves consecuencias en las mujeres jóvenes. En México, el 50% de los delitos sexuales se cometen en contra de niñas y adolescentes (ENVIM, 2003). Tanto en México como en Guatemala se vienen cometiendo centenares de crímenes contra mujeres, principalmente jóvenes, que en su inmensa mayoría permanecen impunes. Estos crímenes, llamados feminicidios, se han instalado como una gravísima epidemia de violencia contra las mujeres de difícil resolución sin el compromiso de los Estados con la justicia y con el respeto y la garantía de los derechos humanos de las mujeres.

La violencia física, psicológica y sexual contra las adolescentes y jóvenes es el resultado en muchos casos de las desequilibradas relaciones de poder tanto en las familias como en las parejas. Muchas mujeres indígenas y rurales perciben la violencia sexual y física como uno de los problemas más graves en su vida diaria, que se ve amenazada por los celos o el exceso de alcohol de sus parejas. En el caso por ejemplo de las mujeres Ashaninka de la Amazonía Peruana, ellas internalizan este tipo de abuso sexual como legítimo, dado el papel subordinado de las mujeres en la pareja, la familia y la comunidad¹⁷.

Otra expresión creciente de la violencia entre adolescentes y jóvenes en la región se da en el contexto de las pandillas o maras que compiten y se enfrentan por el control de los grupos y espacios geográficos. Estas pandillas se han creado en una búsqueda de identidad y relaciones de lealtad, en su mayoría como consecuencia de conflictos bélicos y/o guerrilleros en sus países. En Centroamérica, la incidencia de violencia entre miembros de pandillas se ha extendido masivamente con la repatriación de adolescentes

13. Anicama. Violencia en la Familia en Lima y en el Callao. I Encuesta de Hogares. Ediciones del Congreso del Perú, 2000. Citado en: Lineamientos de Salud Mental. Ministerio de Salud. Lima, Perú 2004.

14. Paredes, Susel "Invisibles entre sus árboles: un Informe de Derechos Humanos de las Mujeres Amazónicas" CMP Flora Tristán, 2005.

15. Diagnóstico de la situación de salud sexual y reproductiva de adolescentes Shipibo y Mestizo en Pucallpa, realizado por el Movimiento Manuela Ramos en 2004.

16. "Caminos hacia la Equidad en América Latina y el Caribe". IX Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, México 2004.

17. Cavero, Giovanna "Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres del Rio Ene" en *Apuntes* 50 Primer Semestre 2002, 107-139.



y jóvenes de Estados Unidos fundamentalmente a Guatemala, El Salvador y Honduras. Según el Ministerio del interior de Perú¹⁸, en el primer año de actuación de las recién creadas “Juntas Vecinales de Protección a la comunidad” en Lima identificaron 384 pandillas en la zona central y los barrios periféricos. Muchas de estas pandillas exigen iniciaciones y ritos de pasaje que pasan por el abuso y los favores sexuales.

- 10) **Discriminación por orientación sexual.** Muy pocos países de la región tienen leyes que protejan los derechos de las personas lesbianas, gays, transgénero, transexuales e intersex por su orientación sexual. En la mayoría de los países la homosexualidad es considerada factor de alto riesgo para el diseño y ejecución de políticas sobre el VIH/SIDA, perpetuando la discriminación social, económica y política de esta población, sobre todo en el caso de la población joven que por lo general carece de autonomía al interior de la familia. De acuerdo a la agencia de noticias mexicana, *CIMAC*, la Comisión de Crímenes por Homofobia notificó que en el año 2000 tan sólo en el Distrito Federal ocurrieron tres asesinatos al mes de homosexuales, comúnmente en sus propios hogares, y en su mayoría jóvenes (entre 1998 y 2000 hubo 96 jóvenes asesinados por homofobia).
- 11) **Restricciones en las políticas públicas y falta de implementación de las normativas y legislaciones existentes.** A pesar de que los países de la región han ratificado acuerdos internacionales de derechos humanos y plataformas y programas de acción en materia de educación sexual, y salud sexual y reproductiva¹⁹, las políticas públicas existentes se enfocan básicamente en la reproducción y carecen de programas integrales de educación y salud sexual para jóvenes. Esto contribuye igualmente a perpetuar el escaso acceso de adolescentes y jóvenes a condones y anticonceptivos.
- 12) **La influencia de la Iglesia Católica junto a la ausencia de Estados laicos.** La Iglesia católica continúa hoy día ejerciendo una presión sobre los Estados y las autoridades políticas a través de la región para impedir el establecimiento de políticas públicas que garanticen el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud sexual y reproductiva y a una educación sexual integral que reconozca la autonomía de las personas para decidir sobre su sexualidad y su reproducción. Incluso en países con gobiernos de izquierdas como Brasil y Uruguay (único Estado de la región que se declara laico en su Constitución), estamos viendo la influencia de la Iglesia sobre sus gobernantes que han fallado en responder a la ciudadanía en sus demandas de leyes que garanticen el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo servicios de aborto seguro. El aborto, los anticonceptivos y la educación sexual siguen siendo las piedras angulares de la cruzada de la Iglesia contra el derecho humano a la salud, a la privacidad y a la autonomía de las personas, entre otros.
- 13) **La falta de acceso a la educación** fundamentalmente en áreas rurales y en comunidades indígenas. El 43,3% de las mujeres indígenas en Perú no han tenido ningún acceso a la educación, y entre las que asisten a la escuela la mayoría abandonan en la

18. Lama Abraham. Ciudades de América Latina. Perú: Organización ciudadana contra la violencia urbana. IPS 2000.

19. El Programa de Acción de Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995).



educación primaria por tener que trabajar en la casa y por el matrimonio, el embarazo en la adolescencia y las responsabilidades que adquieren en la nueva familia²⁰. Esta situación perpetúa la pobreza y la exclusión social en lo que se ha dado en llamar la transmisión inter-generacional de la pobreza²¹. Entre las niñas mayas de Guatemala el inicio escolar es más tardío que entre los niños y para los 15 años sólo una tercera parte de las niñas permanece en la escuela, en comparación con la mitad de los niños mayas y de las niñas no indígenas²². Por otro lado, entre las poblaciones urbanas o periurbanas con acceso a la educación hay una falta casi total de educación laica que no estigmatice y que eduque en el respeto a la libertad de las personas a decidir sobre sus vidas y sus sexualidades sin mitos ni tabúes. Muy pocos países cuentan con educación sexual en los colegios, y en los que la tienen es de una calidad ínfima, debido principalmente a la falta de preparación del profesorado.

- 14) **Falta de servicios amigables, diferenciados y de calidad** de salud sexual y reproductiva para adolescentes, así como de casas refugio para adolescentes que viven en situación de violencia, y centros de tratamiento de drogadicción que respeten a las personas y les permitan desarrollarse libremente y sin coacciones.

II. LOS MOVIMIENTOS DE JÓVENES DESDE LA DIVERSIDAD

Los factores que determinan sus demandas

El movimiento organizativo juvenil, que se ha nutrido en gran medida de las fuentes del movimiento feminista, de mujeres y de derechos humanos, es de creación tan joven como sus participantes y aunque se viene generando desde hace más de una década, se puede considerar casi como el primer fruto del tercer milenio. *La Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (RedLAC)* se formó en 1999 con la misión de “promover el empoderamiento juvenil para el reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes, a través del intercambio de experiencias e implementando acciones conjuntas a nivel nacional, regional e internacional desde una perspectiva feminista inclusiva, juvenil y de derechos en América Latina y el Caribe”²³. En los últimos cinco años han surgido, con la rapidez propia del crecimiento de células jóvenes, las otras redes nacionales, sub-regionales e internacionales de derechos de jóvenes, derechos sexuales y reproductivos, de la diversidad sexual, al tiempo que se crea el Foro Social Mundial y los foros sociales regionales, que han favorecido la revitalización de los movimientos sociales.

20. Cavero, Giovanna “Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres del Rio Ene” en *Apuntes* 50, Primer Semestre 2002, 107-139.

21. La Rosa, Liliana, “Diagnóstico de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en Perú”, International Women’s Health Coalition, 2006.

22. Hallman, Kelly, Sara Peracca, Jennifer Catino, and Marta Julia Ruiz. Mimeo 2004. “Causes of low educational attainment and early transition to adulthood in Guatemala.” Population Council. And Colom, Alejandra, Marta Julia Ruiz, Jennifer Catino, Kelly Hallman, Sara Percca, and Kristen Schellenberg. Mimeo 2004. “Voices of vulnerable and underserved adolescents in Guatemala.” Population Council.

23. <http://www.redlac.net>



En este contexto, los movimientos de adolescentes y jóvenes responden a cruces de causas y demandas, buscando alianzas fuera de sus redes y abriendo diálogos con otros movimientos, como el feminista, que han navegado históricamente más en solitario y ahora responden, desde algunos sectores del feminismo, formando alianzas e integrándose a otras en el nuevo panorama que están contribuyendo a construir los movimientos juveniles. En este marco ha surgido, en los últimos meses, la “*Articulación de Mujeres Jóvenes Trabajando en América Latina y el Caribe por los Derechos Humanos y la Ciudadanía*”²⁴ para responder a la brecha existente entre los movimientos de jóvenes, feminista y de mujeres.

Pero este nuevo escenario no está carente de desafíos. Las y los jóvenes continúan demandando un espacio de participación que les ha sido negado hasta ahora y sin el cual consideran que no puede haber una auténtica democracia, no si casi la mitad de la población en muchos de los países de la región latinoamericana y caribeña la conforman las y los jóvenes. Población que sigue considerándose vulnerable y problemática en vez de protagonista por derecho de su propia construcción ciudadana. Las organizaciones de jóvenes sobre derechos sexuales y reproductivos que tratan de dar respuesta a la multiplicidad de factores mencionados y a los nuevos retos que enfrentan adolescentes y jóvenes hoy en día, plantean inquietudes como las citadas a continuación por las y los participantes en un Grupo de Trabajo de Jóvenes de ocho países de la región²⁵:

“Hay necesidad de crear nuevos feminismos o un feminismo que sea como una casa en común con las puertas abiertas, sin necesidad de pedir licencia para entrar, con muchas salas autónomas, respetando las diferencias”.

Pero además, las identidades juveniles son más complejas de lo que plantean en general los programas diseñados para jóvenes. A la cuestión de identidad racial, étnica, cultural y sexual se suma la diversidad de los grupos étnicos dentro de la adolescencia y juventud. El fenómeno del adultismo no se vive solo desde lo intergeneracional:

“Cuando se habla de identidades jóvenes se debe pensar en términos de relaciones inter e intra generacionales, si no el tema queda demasiado superficial”.

Entre las organizaciones y redes de adolescentes y jóvenes que han surgido en los últimos cinco años se encuentra la *Red de Jóvenes Afrodescendientes* y grupos como *LUNDU* que trabajan con adolescentes afroperuanos en derechos sexuales y reproductivos, parten de una búsqueda de la identidad afro y de promover el empoderamiento y el liderazgo político de las y los jóvenes afroperuanos, especialmente de las mujeres, como un mecanismo que pueda garantizar el ejercicio de sus derechos y el desarrollo de alternativas que promuevan el avance de la población afrodescendiente en Perú.

La cuestión de clase confluye con la racial y marca una brecha importante entre grupos y redes de jóvenes. Organizaciones de afrodescendientes, indígenas y jóvenes rurales o de barriadas pobres, por ejemplo, no se sienten en general convocadas por redes de creación

24. <http://www.jovenesciudadanas.org>

25. Organizado por la International Women’s Health Coalition en Recife, Brasil, en Noviembre de 2004.



más urbana, compuestas por jóvenes de clase media profesional, a la vez que éstos tienen dificultades convocando a esos grupos:

“Es importante visualizar los logros del movimiento, especialmente en términos de logros en la sexualidad, pero a la vez reconocer que estos logros los han gozado ciertos grupos privilegiados, ya que los factores de clase, raza y localidad determinan realmente el alcance de estos logros”.

Las y los adolescentes y jóvenes están cuestionando así mismo los modelos establecidos de liderazgo en busca de otros que respondan mejor a sus diferentes visiones de sus necesidades actuales:

“Tenemos que repensar nuevos modelos de liderazgo, normalmente están enfocados en lo individual y no en lo colectivo, esto se ve especialmente con jóvenes que “representan” a jóvenes a nivel regional e internacional pero que no están trabajando en sus comunidades con l@s jóvenes a quienes están representando”.

Construcción de liderazgos y participación juvenil

Jóvenes líderes representantes de ONGs de cinco continentes y tres redes regionales, RedLac (Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos), NAPY (Red de jóvenes de Asia y el Pacífico) y YAAN (La Red Africana de jóvenes contra el SIDA) participaron en un diálogo organizado por la Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres y la Coalición Internacional de Jóvenes con el objetivo de debatir sobre la construcción de liderazgos y la promoción de la participación juvenil, y emitir recomendaciones al respecto para las ONGs de jóvenes, organizaciones que trabajan con jóvenes, y agencias de cooperación al desarrollo²⁶.

Las y los participantes convinieron en que involucrar a jóvenes en los programas que sirven a adolescentes y jóvenes requiere de un compromiso firme con la participación de jóvenes, cuestionándose críticamente las dinámicas de poder institucional y abriéndose a cambiar los patrones jerárquicos y de toma de decisiones. El grupo consideró las siguientes cinco líneas de acción para que las organizaciones que trabajan con jóvenes pongan la participación juvenil en práctica:

- Comprometerse significativa y respetuosamente con la participación juvenil en su organización, involucrando a las y los jóvenes en todos los niveles de toma de decisiones de la institución, promoviendo el cambio y el crecimiento.
- Invertir de forma continuada en el crecimiento de las y los jóvenes como líderes dentro de la institución mientras se trabaja con el personal adulto la colaboración y la transferencia de información al personal joven.
- Evaluar continuamente el proceso de participación juvenil en la institución y el propio crecimiento institucional.

26. International Women's Health Coalition y Youth Coalition “A dialogue with young leaders: Building capacity and fostering participation”, Toronto, Canada, February 2004.



A las agencias de desarrollo, el grupo recomendó además:

- Compromiso de financiar organizaciones y redes lideradas por jóvenes, incluyendo asistencia técnica a grupos que puedan tener acceso limitado a recursos debido a barreras lingüísticas, culturales o geográficas.
- Involucrar a la gente joven en el desarrollo, monitoreo y evaluación internacional de acuerdos y planes de acción que integren a jóvenes.
- Transversalizar e institucionalizar la participación juvenil dentro de las organizaciones y agencias, en los protocolos de financiación y en los procesos de Naciones Unidas.
- Apoyar el lenguaje explícito en acuerdos internacionales que reconocen los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes.

Algunos ejemplos de experiencias interesantes en la región

1) Medios de Comunicación, entretenimiento y deporte como métodos efectivos de captar adolescentes y jóvenes: *Sexto Sentido* es una telenovela nicaragüense para adolescentes, producida por la ONG feminista *Puntos de Encuentro*, que trata una amplia gama de temas relacionados con la sexualidad, tan complejos como la violencia sexual, el VIH/SIDA, la drogadicción y la diversidad sexual. Al final de su tercera edición televisiva en 2005, que se emitía conjuntamente con un programa de radio nocturno y capacitaciones en liderazgo, la serie llegó al 80% de adolescentes de 13 a 17 años con el slogan “toma control de tu vida”.

CEMINA, ONG brasileña especializada en la información, educación y promoción de liderazgo de mujeres y jóvenes a través de radios comunitarias ha capacitado DJs de hip-hop en derechos sexuales y reproductivos con enfoque en el derecho al aborto, y producido un CD que está en proceso de difusión a través de las radios, fiestas, grupos de jóvenes y actividades del Movimiento de Adolescentes de Brasil.

Decidir, *Coalición de Jóvenes por la Ciudadanía Sexual* se creó en 2003 a partir de un proceso de formación para jóvenes activistas en temas de aborto, encabezado por *Balance, Promoción para el Desarrollo y Juventud en México*. *Decidir* ha creado un sitio web www.decidir.org.mx dirigido a personas jóvenes, dedicado exclusivamente al tema de aborto, donde se puede encontrar información sobre diversos aspectos relacionados a la interrupción voluntaria del embarazo, como información médica, legal, psicológica y emocional, sobre los sentimientos y la decisión de interrumpir un embarazo.

2) Captación de adolescentes y jóvenes no escolarizados: Algunos programas interesantes, como *Smart Kids Internacional* en la región Andina, y *Homies Unidos* en El Salvador exploran modos de vida sostenible con pandilleros. Las asociaciones de planificación familiar de Belice y Perú utilizan promotores jóvenes para trabajar con sus pares informando sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva a través de danza y teatro, al tiempo que ofrecen actividades de generación de empleo.

3) Captación de adolescentes casadas indígenas: *La Asociación para la Conservación del Patrimonio de Cutivireni (ACPC)* que trabaja con mujeres jóvenes indígenas amazónicas Ashaninka en la selva central de Perú está llevando a cabo desde hace tres años un programa de capacitación de promotoras de salud sexual y reproductiva en un área remota, sin



acceso a servicios de salud y donde la escolaridad no pasa de la educación primaria. Las adolescentes y jóvenes que participan en el programa, todas ellas casadas y con hijos, están representando un motor de cambio en sus comunidades, enfrentando grandes obstáculos provenientes fundamentalmente de la sociedad machista dominante en las comunidades, de la falta de equidad en la toma de decisiones y de la falta de acceso a la educación y a servicios de salud.

4) Captación de jóvenes desplazados por conflictos internos: *El Fondo Global para el VIH/SIDA* de Colombia ha destinado 80 mil dólares, canalizados a través de la *Organización Internacional para las Migraciones*, para la ejecución del proyecto “Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención y atención a las ITS, VIH-SIDA con jóvenes adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia”. Este proyecto además de atender a dos mil jóvenes de la ciudad de Pereira (Risaralda) con capacitación y sensibilización, y ofertar la prueba del VIH de forma voluntaria, tiene previstas acciones que incluyen la convocatoria a las autoridades municipales y departamentales, las ONG, las secretarías de Salud y Educación y la empresa privada para desarrollar un trabajo intersectorial en favor de la población desplazada; la creación de servicios amigables para jóvenes de salud y educación, y la realización de una campaña de mercadeo social de sensibilización y prevención.

5) Servicios amigables para adolescentes y jóvenes: A raíz de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 comenzaron a crearse servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes que no se sienten bien tratados en servicios tradicionales de planificación familiar, que en general no cuentan con las capacidades y recursos humanos y materiales para proveer servicios adecuados y confidenciales para la gente joven. En algunos países, como México y Colombia, estos servicios ya incluyen un programa de información y educación de pares, mercadeo social de condones, clínicas móviles y programas en escuelas y lugares de trabajo. Pero en general en los países en desarrollo, estos programas aún son esfuerzos en pequeña escala. Está comprobado que es fundamental contar con el apoyo de las y los profesionales de la salud, quienes deben ser sensibilizados en el tratamiento especial a adolescentes, así como de las comunidades, para garantizar el desarrollo y éxito de estos programas, especialmente en sociedades conservadoras.

6) Eliminar obstáculos legales para el desarrollo de programas de salud sexual y reproductiva diferenciados para adolescentes y jóvenes: Venezuela creó en 2002 la Ley Nacional de Jóvenes para garantizar su derecho a la educación sexual y a la salud. En el mismo año, Panamá y Costa Rica modificaron su legislación para garantizar el derecho de las madres adolescentes a los cuidados de salud, información y consejería; y Argentina creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable para promover la salud sexual de adolescentes y la prevención del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. Chile por su parte pasó en el año 2000 una ley que asegura el derecho de las madres y padres jóvenes a la educación, garantizando la flexibilidad dentro de las instituciones académicas para responder a sus necesidades y demandas. De todas formas el reto continúa siendo la implementación de las legislaciones y normativas.

7) Participación juvenil en políticas y programas de adolescentes y jóvenes. La República Dominicana estableció un proceso participativo para desarrollar su Política



Nacional de Adolescencia y Juventud desde 1998 a 2003. Dos años antes se organizó un foro nacional de jóvenes para debatir las prioridades sociales de adolescentes y jóvenes, demandando al gobierno una agenda de juventud y la participación del foro de jóvenes en el proceso. Además, las y los jóvenes pidieron una ley que estableciera un ministerio de la juventud con una asignación del 1% del presupuesto nacional. Esta participación de jóvenes en el proceso les concedió el reconocimiento como negociadores a nivel nacional que puede servir de modelo a otros países en procesos similares y que sitúa a la juventud como fuerza positiva en vez de como problema a solucionar o penalizar.

III. SUGERENCIAS PARA POSIBLES LÍNEAS DE ACCIÓN

Para progresar en materia de derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes es recomendable, entre otras posibles medidas:

1. Incentivar la recogida de datos sistemáticos sobre la situación de la salud sexual y reproductiva y comportamientos sexuales de adolescentes por sexo, raza o grupo étnico, sub-grupo etéreo (12-15, 16-18 años) y nivel socio-económico.
2. Capacitar a profesionales de la salud y educadores en técnicas de consejería y orientación sobre sexualidad y desarrollo psico-emocional en la adolescencia, salud sexual y reproductiva, derechos humanos, sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.
3. Asegurar la información y provisión de condones y otros anticonceptivos a adolescentes y jóvenes, evitando las barreras de acceso y cuidando la privacidad de la adquisición.
4. Promover la inclusión de educación sexual integral de calidad en los colegios, así como actividades educativas para adolescentes no escolarizados en diversos ámbitos sociales y laborales. Invertir recursos adicionales humanos y materiales en adolescentes que viven en situación de exclusión social, económica y política.
5. Informar tanto a adolescentes y jóvenes como a profesionales de la salud, educadores y ONGs involucradas en salud y educación de adolescentes y jóvenes sobre la legislación de su país y los acuerdos internacionales firmados en materia de derechos sexuales y reproductivos.
6. Capacitar conceptual y metodológicamente al sector público y no gubernamental sobre políticas públicas en derechos sexuales y reproductivos, resultados de investigaciones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional e internacional; y desarrollar argumentos sobre la importancia de la inversión pública para garantizar el acceso a la promoción y cuidado de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.
7. Promover políticas de protección, capacitación, empoderamiento y participación ciudadana de adolescentes y jóvenes, diferenciadas por niveles de integración social, con especial énfasis en adolescentes no escolarizados, rurales, indígenas y afro-descendientes.



8. Articular los esfuerzos de defensa de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes entre los movimientos feminista y de mujeres especializados en derechos y salud sexual y reproductiva, las organizaciones de adolescentes y jóvenes, la academia, los profesionales de la salud y la educación y el sector público.
9. Impulsar estrategias de escuelas y municipios saludables y libres de violencia para adolescentes y jóvenes, estableciendo servicios amigables de promoción y cuidado de salud sexual y reproductiva en los espacios de socialización de adolescentes, como la escuela, clubes deportivos y juveniles, etc.
10. Crear un observatorio de la sociedad civil sobre los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, con el objetivo de monitorizar e informar periódicamente sobre los avances y las dificultades normativas, legales, de gestión y participación en el área. Este debería ser liderado por grupos de adolescentes y jóvenes con la colaboración de profesionales con experiencia en el área.
11. Promover el debate sobre el Estado laico y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes entre la ciudadanía, impulsando la agenda de derechos humanos y generando conciencia sobre la importancia de la laicidad del Estado como expresión de la democracia y el respeto a los derechos humanos.

Conclusión

Los derechos y la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes han tomado la escena post Cairo y Beijing, y algunas de sus necesidades están siendo colocadas en las agendas de la cooperación al desarrollo. Entre ellas, la importancia de su participación en la conceptualización y toma de decisiones sobre programas y políticas diseñadas específicamente para la población adolescente y joven en toda su diversidad racial, étnica, cultural y socio-económica. Pero mientras las adolescentes casadas, rurales, indígenas, negras, pobres, VIH positivas, no heterosexuales sigan sin tener acceso a los recursos económicos, a la educación sexual, a servicios amigables y confidenciales de salud sexual y reproductiva, y al bienestar de los que gozan otras y otros adolescentes en sus mismos países, sus derechos seguirán siendo vulnerados, y los Estados y la cooperación al desarrollo seguirán teniendo una cuenta pendiente con la población adolescente y joven.

Para lograr la equidad en el acceso a recursos es de vital importancia fortalecer el marco de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, construyendo alianzas entre los sectores gubernamental y no gubernamental, y la diversidad de redes de jóvenes y movimientos por la justicia económica y social. Las y los jóvenes no representan sólo el liderazgo del futuro sino también el del presente, y por lo tanto no hay razón para demorar su participación activa en la construcción de una sociedad más equitativa y justa.



Embarazo de adolescentes en América Latina y el Caribe

Alfonso Antona.

Antropólogo, Experto en cooperación al desarrollo.

Miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Planificación Familiar de Madrid.

● Hay que justificar por qué prestar atención a las y los adolescentes ha de convertirse en una de las prioridades de la cooperación al desarrollo? Veamos: una de cada cinco personas en el mundo son adolescentes (1.300 millones); en algunos países casi la mitad de la población tiene menos de 25 años y el 85% vive en los países menos avanzados; de los cerca de 40 millones de desplazados y refugiados que hay en el mundo, el 80% son mujeres y niños.

Llama la atención que en la referencia de la cooperación internacional, la Declaración del Milenio (Naciones Unidas), no se menciona a las y los adolescentes que están prácticamente ausentes en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo estos representan, cuantitativamente, una proporción tan elevada como los pobres del mundo, y afectan y son afectados por todos y cada uno de dichos objetivos. Reducir la pobreza desde la perspectiva de los derechos humanos, requiere una aproximación sensible a los más vulnerables y excluidos, y sin embargo a las y los adolescentes, pobres y marginados, en pocas ocasiones se les escucha en los foros políticos.

El significado de *jóvenes, juventud, adolescencia* e incluso *embarazo*, varían según los contextos económicos, políticos y socioculturales. Así, la prudencia que nos advierte la epistemología, me lleva a concluir que tratar de establecer patrones explicativos y estrategias de intervención en el embarazo de las jóvenes latinoamericanas es una empresa imposible dada la diversidad juvenil. Las necesidades en salud sexual y salud reproductiva (SSR) son vividas, percibidas y sentidas por mujeres jóvenes, jóvenes indígenas, jóvenes rurales, jóvenes negras, jóvenes lesbianas, jóvenes discriminados históricamente, de forma diferente y diferenciada. Un posible y frecuente error consiste en extrapolar *nuestro* concepto de salud, sexualidad o embarazo no deseado a las poblaciones de los países menos avanzados. En muchas ocasiones tener un hijo deseado es un acontecimiento vital que marca un proyecto de vida para el que no existen opciones. No entender la diversidad aboca a la implementación de políticas



de desarrollo incongruentes y poco eficaces. Los datos que a continuación muestro hablan por sí solos y de los que cada uno puede sacar sus propias conclusiones.

Las tasas de fecundidad han disminuido en los últimos quince años. La tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años en América Latina fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por mil. Algunos estudios prospectivos calculan que entre 1995 y 2020 los partos de las mujeres adolescentes disminuirán de forma paralela al desarrollo económico. Aunque las perspectivas sean “buenas”, el embarazo no programado, en la región, sigue siendo un problema, sobre todo entre la población más pobre. Aún hoy, cerca del 35% de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo antes de los 20 años.

Las consecuencias negativas del embarazo no programado, tanto para la vida de la mujer como para la posible descendencia, son conocidas: problemas de salud, sociales, económicos y psicológicos. Las y los jóvenes con menores niveles educativos y económicos tienen menos oportunidades, tienen menor capacidad y motivación para regular su fecundidad, y ello redundará en tasas de embarazo más elevadas. Una joven embarazada se ve obligada a abandonar la enseñanza, lo que, a su vez limita sus posibilidades de encontrar una ocupación bien remunerada e incrementa la dependencia. Ser una mujer joven en un país en desarrollo es un factor de riesgo: 37 millones de jóvenes son analfabetas, el 63% mujeres. Las mujeres jóvenes son la población más pobre del planeta. Para las niñas y mujeres jóvenes con menos oportunidades existen más riesgos de abandono de la escuela, de ser objeto de violencia sexual, de contraer matrimonio precoz y/o enfermar.

En América Latina y el Caribe, el uso y acceso a los métodos anticonceptivos es inferior que el de las mujeres de cualquier edad, incluso entre las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y llegando al 50% en Brasil. El uso es muy inferior en las áreas rurales. Uno de los mayores problemas en el uso de métodos anticonceptivos es la ineficacia de muchos de ellos, como es el caso del coito interrumpido o el método del calendario. El uso de métodos eficaces es mayor entre la población con más recursos.

Ya sabemos que en las menores de 16 años el riesgo de mortalidad materna es mayor ya que el cuerpo no está maduro para la gestación. Por falta de educación y de acceso a servicios de salud, muchas jóvenes no reconocen los síntomas del embarazo o no quieren reconocer que están embarazadas, lo que retrasa la atención prenatal (cuando existe) y pone en riesgo su vida.

Los siguientes datos pueden resultar significativos:

- Aproximadamente uno de cada cinco jóvenes menores de 18 años en México y Bolivia han tenido ya un hijo.
- Casi el 28% de las mujeres guatemaltecas tienen su primer hijo antes de los 18 años. El 80% de las mujeres que viven en áreas rurales son analfabetas.
- Cerca del 35% de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo antes de los 20 años.
- En Brasil, el 50% de los nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años no son planificados.
- En Colombia, Guatemala y Paraguay, en la actualidad las mujeres tienen más probabilidades de tener un hijo o hija en la adolescencia que hace 30 años.

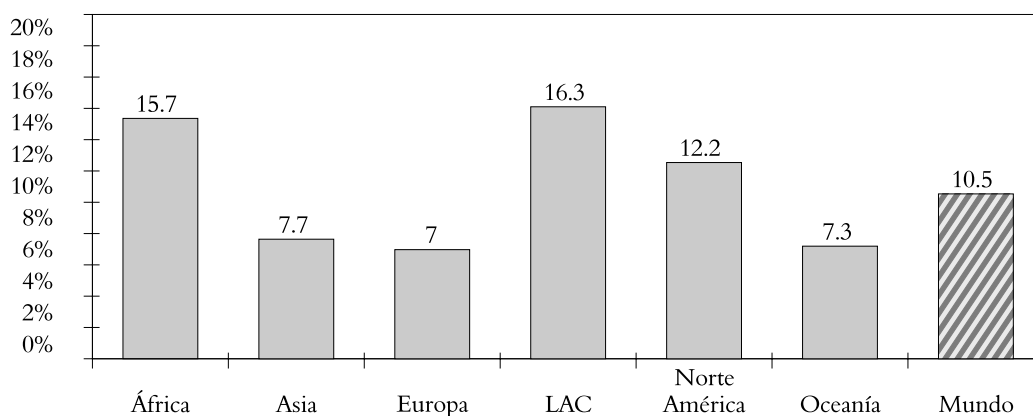


- Casi el 20% de las defunciones de mujeres adolescentes en Paraguay son atribuibles a complicaciones del embarazo o parto, el 13% en Ecuador, el 8,2% en República Dominicana y el 7,2% en el Salvador.
- El riesgo que una adolescente embarazada tiene de morir es 52 veces mayor en Paraguay que en los EEUU.
- La violencia es uno de los problemas en salud sexual y reproductiva con mayor prevalencia, sobre todo en mujeres. Las bandas juveniles, las guerras internas, o el desplazamiento cursan en muchas ocasiones con violencia y violaciones.
- Un fenómeno que aparece en varios países de América Latina y el Caribe, es la existencia de muchas mujeres jóvenes que, por ser víctimas de la violencia o por los procesos de inmigración crían a sus hijos e hijas solas. En muchas ocasiones tienen hijos de diferentes parejas. Estas situaciones refuerzan la pobreza y sus consecuencias.

Según el Banco Mundial, los términos “gente indígena”, “minorías étnicas indígenas”, “grupos tribales” y “tribus censadas” describen a grupos sociales con identidad cultural y social diferente a la de la sociedad dominante, lo que los hace más vulnerables al estar en desventaja en el proceso de desarrollo. Las y los jóvenes indígenas se enfrentan a las mismas barreras en el acceso a los servicios de SSR que otros jóvenes; sin embargo, estos jóvenes encuentran obstáculos adicionales: habitan en lugares menos accesibles, son más pobres y viven en áreas rurales. Si viven en áreas urbanas, se enfrentan a procesos de aculturación y de discriminación. También hay que considerar que muchas mujeres jóvenes indígenas pueden sentirse más cómodas con sus propios sistemas de creencias de salud, proveedores y tratamientos tradicionales.

Las cifras y estrategias de reproducción han de pasar por un tamiz cultural en el que las formas de producción son el anclaje principal. No podemos entender nada si no vinculamos la SSR con factores económicos y, sobre todo, con el acceso a la educación y a la información. Facilitar canales que favorezcan la educación y el trabajo ayudaría a promover cambios en las pautas de SSR entre las y los jóvenes con menos recursos, y en consecuencia a salir de la pobreza, rompiendo así un círculo vicioso.

Embarazo adolescente (15-19 años) en el Mundo (N=133 millones)

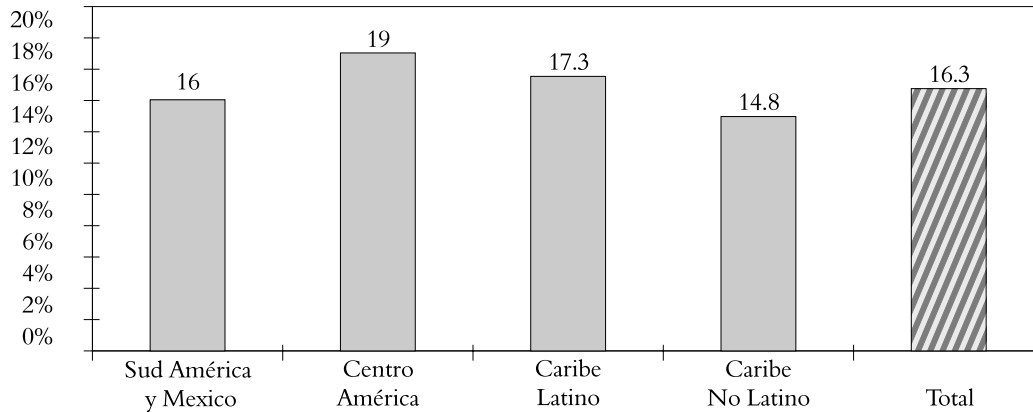


Fuente: United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2002 Revision. Population Database.



Las tasas de natalidad son más altas para las adolescentes que viven en zonas rurales. En América Latina y el Caribe entre el 40% y el 60% han tenido su primer hijo antes de los 20 años. Las adolescentes indígenas tienen hijos a edades tempranas.

Embarazo adolescente (15-19 años) en América Latina y el Caribe (N=11.7 millones)



Fuente: United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2002 Revision. Population Database.

La ilegalidad y las fuertes restricciones al aborto, lleva a que las mujeres pobres, especialmente adolescentes, tengan que recurrir a abortos tardíos y peligrosos, practicados en malas condiciones.

Región	Riesgo de muerte tras aborto inseguro	%muertes maternas a causa de aborto inseguro.
África	1 en 150	13%
Asia*	1 en 250	12%
América Latina	1 en 900	21%
Europa**	1 en 1900	17%

*Excluidos Japón, Australia y Nueva Zelanda **Excluidos Europa del este

En Chile y Argentina, por ejemplo, donde el aborto se hace bajo determinadas restricciones, más de la tercera parte de las defunciones maternas entre adolescentes son consecuencia directa del aborto practicado en condiciones peligrosas.

Según el Fondo de Población de Naciones Unidas, las barreras que obstaculizan el uso de anticonceptivos, sobre todo en las y los adolescentes son:

- Falta de servicios accesibles y escasez de equipo, productos y personal.
- Falta de opciones entre distintos métodos, apropiados a la situación de la mujer y su familia.
- Falta de conocimientos acerca de la seguridad, la eficacia y la disponibilidad de opciones.
- Deficiente interacción entre pacientes y proveedores de servicios.



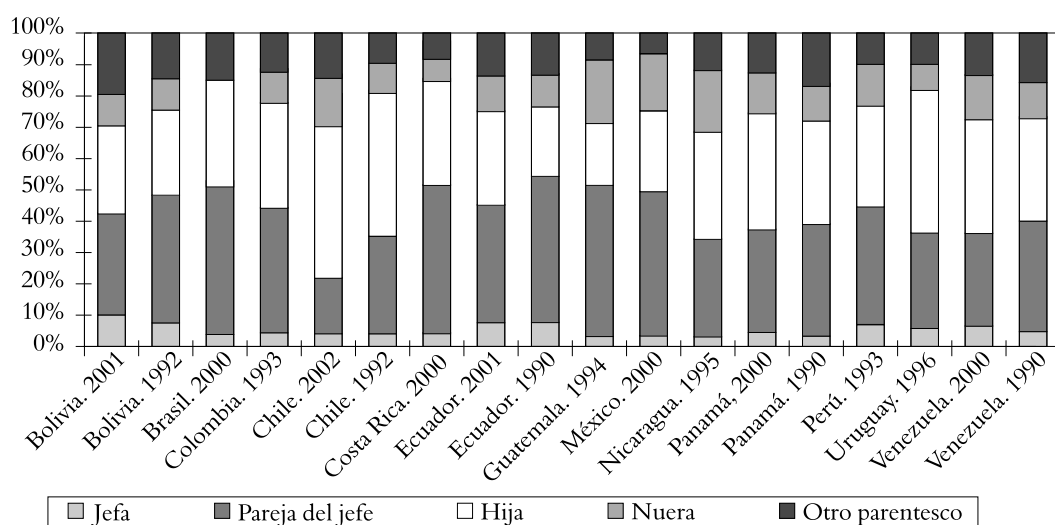
- Falta de apoyo por parte de la comunidad o del cónyuge.
- Informaciones erróneas y rumores.
- Efectos secundarios de algunos métodos y seguimiento insuficiente para promover un cambio de métodos o asegurar que la utilización y la dosis sean correctas.
- Limitaciones financieras.

Las y los jóvenes resultan especialmente perjudicados por la falta de métodos adecuados a sus necesidades, por la ausencia de privacidad, la falta de garantía de confidencialidad y, por desgracia, el déficit de sensibilidad de los proveedores de servicios hacia las características de las y los jóvenes.

A menudo las jóvenes con bajos niveles educativos y económicos tienen pocas capacidades y motivaciones para controlar y regular su fecundidad. El embarazo hace que muchas jóvenes abandonen la escuela, lo que limitará sus posibilidades laborales y económicas. Las y los jóvenes con una mejor educación tienen más posibilidades de posponer el matrimonio y tener hijos. La educación se asocia positivamente con el uso de anticonceptivos al aumentar el conocimiento, la aceptabilidad y la utilización de recursos de planificación familiar. La descendencia de madres y padres adolescentes, no sólo se enfrenta a un riesgo más elevado de enfermedad o muerte, sino que tiene más probabilidades de ser abandonados, de acabar viviendo en las calles y pasar a formar parte de la legión de pobres. En Colombia, por ejemplo, el 46% de las jóvenes con menos de siete años de escolaridad tienen su primer hijo a los 20 años de edad, en comparación con el 19% de las mujeres con siete o más años de asistencia a la escuela. En Guatemala, las tasas de natalidad de las adolescentes son más altas en las que no acudieron a la escuela. Las adolescentes que retrasan su maternidad tienen cinco veces más probabilidades de acabar la secundaria que las que no lo hacen. Este porcentaje se eleva entre las mujeres indígenas en casi el doble.

América Latina y el Caribe:

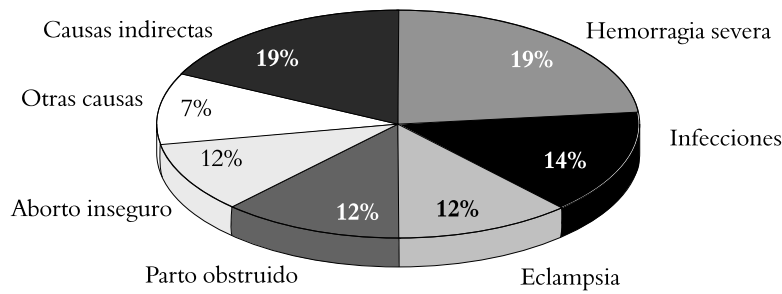
Posición en el hogar de las madres adolescentes, países y fechas seleccionadas



Fuente: Procesamiento especial de las bases de microdatos censales



Causas de Mortalidad Materna



Invertir en futuro

El programa de Acción del Cairo, en su párrafo 7.45 dice: “Los países deberían asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten. Estos servicios deben salvaguardar los derechos de las y los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas, así como los derechos, deberes y responsabilidades de los padres. Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes. Se insta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, establezcan los mecanismos apropiados para atender las necesidades especiales de los adolescentes”.

Poco habría que añadir a esto, sin embargo, a nivel global, existen movimientos de corte fundamentalista empeñados en hacer que no se cumplan los acuerdos de El Cairo. Más de diez años después, y a pesar de los avances, la provisión de servicios y recursos en SSR para jóvenes y adolescentes sigue pendiente.

Las personas jóvenes representan, en algunos países de América Latina y el Caribe, un tercio de la población, y tienen derecho a una proporción equitativa de los recursos. Invertir en recursos para adolescentes y jóvenes es invertir en futuro. La inversión de jóvenes no sólo es una prioridad para el fomento de los derechos humanos y la reducción de la pobreza, sino que también podrían proporcionar un “dividendo demográfico” que posibilitaría la salida de muchos países del subdesarrollo.

Las inversiones apropiadas en los jóvenes pueden reducir el riesgo de violencia y disturbios civiles. Acabar con la violencia pasa por acabar con la inequidad. La falta de perspectivas de futuro, genera y engendra violencia.

Desde los países desarrollados tendríamos que;

- Apoyar a los países en el desarrollo de políticas públicas saludables, incidiendo en las políticas de SSR como estrategias prioritarias.



- Apoyar a los países a fortalecer los servicios para adolescentes y jóvenes dentro de los planes y programas nacionales.
- Apoyar la formación de recursos humanos, incluyendo líderes juveniles, y potenciar la participación juvenil.
- Apoyar la comunicación social y la promoción de la salud de los adolescentes.
- Apoyar la creación de redes y la generación y difusión del conocimiento.
- Movilizar recursos para el desarrollo de las políticas adecuadas.

Y sobre todo, no callar. Denunciar el abuso, la violencia, la desigualdad y la injusticia.

Referencias:

- www.unfpa.org
- www.eurosur.org
- www.phao.org
- www.un.org/youth
- www.oij.org



VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: una epidemia joven

Javier Ramírez Gallardo:
UNICEF-Comité Español /
Plataforma de ONGD SIDA y Desarrollo.

Se estima que más de 2,1 millones de personas están viviendo con el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. De ellos, 740.000 son jóvenes entre los 15 y los 24 años. Sólo en 2004 se estimó que 293.000 personas fueron infectadas con el VIH y 131.000 fallecieron de enfermedades relacionadas con el SIDA en esta región. El VIH se ha convertido en una enfermedad de los jóvenes, con casi 6.000 infecciones diarias a nivel mundial entre personas de 15 a 24 años.

Prevenir nuevas infecciones es la clave para detener la pandemia del SIDA. Sin embargo, a muchos niños, niñas y adolescentes de esta región se les sigue negando el derecho al acceso a información que les enseñe a protegerse y a los servicios necesarios para la prevención ante el VIH. Una encuesta realizada entre jóvenes de diferentes países de América Latina y el Caribe reveló que sólo 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes creían estar bien informados sobre el VIH/SIDA. El acceso a la información es fundamental, pero no es suficiente para lograr cambios en comportamientos y actitudes de prevención frente al VIH. De ahí la importancia de potenciar las habilidades de los y las adolescentes para enfrentar la vida y proteger su salud y bienestar.

En una región donde las diferencias de género en los comportamientos sexuales de los y las adolescentes responden a diferentes contextos psicosociales, es necesario prepararlos para que tomen decisiones acertadas para su vida, tanto a los que están en la escuela como a los que están fuera. Los jóvenes en América Latina y el Caribe necesitan urgentemente de acceso a información, desarrollo de aptitudes, servicios y oportunidades para prevenir la infección y llevar vidas saludables.

Tendencia creciente a afectar a las mujeres

A finales de 1999, las mujeres constituían el 20% de las personas adultas viviendo con VIH en América Latina y el 35% en el Caribe. Para el 2003, estos porcentajes habían aumentado a 35% en América Latina y 48.8% en el Caribe. En Trinidad y Tobago, por ejemplo, el



número de adolescentes mujeres entre los 15 y 19 años que viven con VIH/SIDA es cinco veces más elevado que entre los varones de esas edades.

En América Latina y el Caribe, las mujeres y las niñas enfrentan graves desventajas económicas, jurídicas, culturales y sociales, que incrementan aún más su vulnerabilidad ante la infección y el impacto de la epidemia. La pobreza, acompañada de una falta de educación y de recursos productivos, multiplica las probabilidades de que las niñas sean más vulnerables a la explotación sexual comercial, y por lo tanto las expone más a contraer el VIH. La mayoría de las mujeres, en esta región, siguen careciendo de habilidades de negociación para exigir relaciones sexuales protegidas y muchos hombres siguen conservando conceptos perjudiciales de masculinidad. La violencia basada en el género que se produce en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y otros entornos sociales aumenta los riesgos de infección del VIH. Las actividades sexuales realizadas por la fuerza o mediante amenazas dejan a las mujeres incluso más vulnerables ante la infección, y cuanto más jóvenes son, más posibilidades tienen de contraer el VIH.

Protección y asistencia para los más vulnerables

El impacto que la epidemia del VIH/SIDA está teniendo en la infancia es devastador. Más de dos millones de niños y niñas están viviendo con VIH/SIDA en el mundo y se calcula que 47.000 de ellos están en América Latina y el Caribe.

Entre el 2001 y el 2003, el número de huérfanos en el mundo debido al SIDA aumentó de 11,5 millones a 15 millones. Se prevé que el número de niños y niñas huérfanos a causa del SIDA llegará a 25 millones para el 2010. América Latina y el Caribe han pasado de tener 54.000 huérfanos a causa del SIDA en 1990, a tener más de 750.000 en el 2005. La orfandad es sólo un aspecto del impacto del VIH/SIDA en la niñez. Otros niños y niñas se vuelven vulnerables por tener a sus padres enfermos, por ser discriminados porque uno de los miembros de su familia tiene el VIH o por estar ellos mismos viviendo con el VIH. Los niños afectados por el VIH/SIDA pueden tener limitaciones para acceder a servicios esenciales, dando como resultado una disparidad entre las niñas y niños vulnerables y huérfanos debido al VIH/SIDA y los otros niños. El estigma y la discriminación pueden generar además disparidad en la estabilidad económica y el bienestar psicosocial de las niñas y niños afectados. En algunos países, los huérfanos tienen menos oportunidad de matricularse en la escuela, asistir y completar su educación que otros niños y niñas. En Honduras, por ejemplo, sólo el 43% de los niños huérfanos ejercen su derecho de ir a la escuela, en comparación con el 70% de los niños no huérfanos. Sin el entorno protector de sus familias, los niños y niñas vulnerables y huérfanos debido al VIH/SIDA se enfrentan a un mayor riesgo de desnutrición, violencia, explotación y abuso. Estos niños y niñas tienen significativas necesidades psicosociales y los sistemas de apoyo para atender esas necesidades son débiles y –en casos extremos– no existen.

Tratamientos y cuidados para todos

En la región, la proporción de personas viviendo con VIH/SIDA que no tienen acceso a antirretrovirales varía significativamente, de menos de 25% en algunos países hasta más del 75% en otros. Iniciativas



para aumentar el acceso a tratamientos ya se están llevando a cabo en la gran mayoría de los países de la región.

A nivel mundial se estima que entre el 60-70% de los adultos en países en desarrollo que están recibiendo antirretrovirales viven en América Latina. En América Latina, diez países han reportado una cobertura de tratamiento por encima del 50%. Debido a que el número de mujeres viviendo con VIH en la región crece, especialmente en el Caribe y en Centroamérica, el número de niños y niñas infectados también aumenta. Aproximadamente 3.000 niños y niñas nacen cada año en el Caribe de una madre VIH positiva. La transmisión del virus de madre a hijo puede suceder durante el embarazo, el parto, o a través de la lactancia materna. Sin ninguna intervención, se estima que el riesgo de transmisión materno infantil es aproximadamente del 40%. Los países con prevalencias más altas de VIH en embarazadas son Haití (3,75%), Brasil (3,11%) y Honduras (2,90%). Aunque hoy en día existen intervenciones muy efectivas y de bajo costo para prevenir la transmisión de la infección de la madre al hijo, actualmente solo el 33% de las mujeres embarazadas en América Latina y el Caribe tienen acceso a servicios para la prevención de la transmisión materno-infantil.

Un futuro desafiante

El avance de la epidemia depende de los esfuerzos que se hagan hoy para prevenir la infección entre los y las jóvenes. Proteger y promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes, incluyendo su derecho a la información, educación, salud y protección ante las amenazas de violación, coerción sexual y tratamiento inhumano y cruel, y el derecho de las niñas a una igualdad de educación, oportunidades de aprender oficios, de empleo, herencia, leyes maritales y a la toma de decisión sobre su sexualidad y reproducción son acciones imprescindibles para prevenir el aumento de nuevas infecciones. Igualmente importante es brindar servicios de salud sexual y reproductiva, educación para potenciar las aptitudes de todos los y las adolescentes frente a la vida y construir una sólida conexión de los niños, niñas y adolescentes con sus hogares y escuelas.

La responsabilidad de los gobiernos de la región para garantizar el cumplimiento de los derechos de sus ciudadanos más jóvenes y promover acciones de prevención, acceso a servicios y tratamientos, y la creación de ambientes protectores y sensibles a las diferencias de género es crucial e impostergable para detener efectivamente la propagación del VIH en América Latina y el Caribe.

Objetivos de Desarrollo del Milenio y el VIH/SIDA

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es detener y comenzar a revertir la propagación del VIH/SIDA para el 2015. Lograr este Objetivo requiere una respuesta extensa tanto en la cobertura como en el alcance. A nivel mundial se han identificado ciertas amenazas que socavan las esperanzas de cumplir con este Objetivo, entre ellas:

- o Aunque algunos países han experimentado cierto éxito en la reducción de los niveles de infección en algunas poblaciones, el ritmo de expansión de la epidemia en todo el mundo es acelerado.



- o Solo el 12% de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral en el mundo lo estaban recibiendo a finales del 2004.
- o Muchos países no tienen leyes que prevengan la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y sólo unos cuantos han establecido medidas para promover y proteger los derechos humanos de las poblaciones vulnerables.
- o La mayoría de países con altas prevalencias están haciendo esfuerzos considerables para proteger a los niños vulnerables y huérfanos debido a la epidemia. Sin embargo, la evidencia demuestra que los esfuerzos nacionales y el apoyo de donantes no son suficientes para enfrentar esta crisis.
- o Uno de los principales obstáculos para ejecutar y ampliar los programas de SIDA es la falta de personal con el perfil requerido y con experiencia.
- o Aunque han aumentado los recursos financieros, siguen siendo insuficientes.

Datos respecto del vínculo juventud – VIH/SIDA

Latinoamérica

- o Once países de América Latina y el Caribe tienen una “epidemia generalizada”, es decir, una prevalencia superior al 1% de la población: Bahamas, Barbados, Belice, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Honduras, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago.
- o Según estimaciones de ONUSIDA, 2,1 millones de personas están viviendo con VIH/SIDA en Latinoamérica y el Caribe. Sólo en 2004, 240.000 personas resultaron infectadas y 95.000 personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA en América Latina.
- o La región enfrenta una epidemia joven que afecta particularmente a las y los jóvenes (entre 15-24 años). Aproximadamente 740.000 jóvenes viven actualmente con el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.
- o Se estima que para finales del 2005, en Latinoamérica y el Caribe, 752.000 niños y niñas pueden quedar huérfanos debido al SIDA, habiendo perdido uno o ambos padres por la epidemia.
- o En la región, las bajas prevalencias nacionales están ocultando algunas epidemias serias. Por ejemplo, en Brasil -el país más populoso de América Latina y donde se encuentra un cuarto de las personas que viven con VIH de la región- la prevalencia nacional se encuentra debajo del 1%. Sin embargo, en algunas ciudades los niveles de infección superan el 60% entre las personas usuarias de drogas inyectables.
- o Es necesario intensificar los esfuerzos de prevención en Centroamérica donde se encuentran cuatro de los seis países latinoamericanos con la prevalencia más alta de VIH/SIDA. La prevalencia de VIH en adultos es más alta en Belice, seguido de Honduras y Guatemala.
- o La tendencia actual refleja un incremento de infecciones de VIH entre personas que practican sexo heterosexual y un gran aumento de mujeres infectadas.
- o De los países en vías de desarrollo, América Latina cuenta con la más alta cobertura de tratamientos para las personas que viven con VIH/SIDA.



Caribe

- o Con un promedio de prevalencia de VIH del 2,3%, el Caribe es la segunda región del mundo con la mayor prevalencia, después de África subsahariana.
- o Más de 440.000 personas están viviendo con el VIH/SIDA en el Caribe. 53.000 personas adquirieron el VIH y 36.000 murieron a causa del SIDA en 2004.
- o El SIDA lidera actualmente la causa de muerte entre personas de 15 a 44 años en el Caribe.
- o Los países caribeños con la mayor prevalencia nacional son: Bahamas, Haití y Trinidad y Tobago.
- o Haití es el país más afectado de la región con una prevalencia nacional de 5,6%. Algunos sondeos también revelan una prevalencia de 13% en el noreste del país y 2% al 3% en el sur.
- o Aproximadamente 3.000 niños y niñas nacen de madres VIH positivas en el Caribe cada año.
- o El número de las mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años que viven con VIH/SIDA es cinco veces más elevado que entre los varones de esas edades, en Trinidad y Tobago.

Fuentes:

- UNICEF: VIH/SIDA. Infancia y Adolescencia en América Latina y el Caribe; Panamá, 2005.
- UNICEF: www.unicef.org/lac/uneteporlaninez
- ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de SIDA, 2004.
- ONUSIDA, OPS, Vigilancia del SIDA en las Américas, 2004.
- ONUSIDA, UNICEF, Niños al borde del abismo, 2002.
- PAHO, The UNGASS, Gender and Women's Vulnerability to HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean, 2002.
- OPS, Boletín informativo, Prevención de la Transmisión Materno-Infantil de VIH en América Latina y Caribe, 2004.



Realidades y retos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las y los jóvenes colombianos

Olga Amparo Sánchez Gómez
Directora de la Casa de la Mujer. Bogotá. Colombia

Las realidades y retos de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos no pueden verse aisladas de la grave situación social y humanitaria por la que atraviesa el país, en la que algunos de sus componentes son: la intensificación del conflicto armado, el desplazamiento forzado de miles de familias campesinas, los altos niveles de pobreza e inequidad social, el no-reconocimiento de los derechos a la salud, el trabajo, la educación, la vivienda y al medio ambiente. Todos ellos son derechos necesarios para tener una vida digna y generan situaciones que afectan particularmente a las jóvenes.

Asimismo la situación sexual y reproductiva de las y los jóvenes desvela condiciones diferenciadas que tienen que ver con la procedencia regional, la pertenencia étnica o la condición socio-económica, a la vez que también comparten situaciones que les son comunes. Por ejemplo, en la vida de niños, niñas y jóvenes marginados la cercanía con el riesgo y con la muerte forman parte de su experiencia cotidiana. Para ellas y ellos las opciones de futuro no se encuentran presentes porque prevalecen las dificultades que deben enfrentar día a día, no vislumbran por lo tanto horizontes “certeros o tan definidos, debido a que existe un afán por resolver lo inmediato, en tanto las necesidades básicas están insatisfechas”¹.

Para quienes habitan en la calle la situación de abandono, pobreza, exclusión y los peligros que se juegan cotidianamente, exigen afrontar día a día soluciones de sobrevivencia y es

1. Departamento de Investigaciones - Universidad Central Línea de investigación en jóvenes y culturas juveniles. Estado del arte del conocimiento producido sobre jóvenes en Colombia 1985-2003. Programa presidencial Colombia Joven -Agencia de Cooperación Alemana GTZ - UNICEF Colombia.



más fuerte la idea del presente que la del futuro. Jóvenes vinculados a la prostitución refieren que su ingreso al mercado sexual se dio por iniciativa propia o motivado por otras personas, y no bajo presión, violencia o chantaje; además, se señala que no dan mayor valor a su existencia y a la vida en general. Su principal problema es resolver lo que pasa hoy, sus necesidades de supervivencia inmediata como comer, dormir y protegerse del frío².

Las y los jóvenes enfrentan y viven los “sutiles” dispositivos de homogenización del cuerpo, ya que se presenta la hegemonía de un modelo de cuerpo tanto para la mayoría de ellos como para el conjunto de la sociedad, producto de la globalización, fuertemente configurado desde unos medios de comunicación en donde circulan estéticas y consumos que parecieran no compadecerse de las corporalidades y circunstancias locales. Este es un cuerpo-objeto que se moldea, por ejemplo mediante el fisiculturismo, las dietas o las cirugías estéticas, para acomodarse a los cánones que se imponen como deseables. Los atributos que se demandan a ese cuerpo juvenil, siempre vigoroso, atlético, flexible, ágil, bello, proclive al goce, y eternamente deseable³.

El análisis de las realidades y retos que enfrentan las y los jóvenes en relación a sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, se basa en los recientes indicadores con los que cuenta el país, teniendo presente el contexto social, político, económico y cultural y por supuesto el papel de primer orden que a nivel ideológico cumple la iglesia católica en lo referente a la libertad reproductiva y sexual.

Breve bosquejo de la realidad nacional

Uno de los problemas más críticos en Colombia es la pobreza y la distribución de los ingresos. Durante los últimos años, Colombia alcanzó niveles inmanejables de pobreza, con una agudización de la inequidad social. En esta perspectiva, en 1978 el 58.1% de la población se hallaba bajo la línea de pobreza, es decir, sin ingresos suficientes para llevar una vida digna. En 1997 Colombia logró reducir la pobreza al 50%; sin embargo, en los últimos 5 años se ha incrementado hasta llegar, en el 2002, al 63.3%, cifra que equivale aproximadamente a 23 millones de personas. Las últimas cifras señalan que el proceso de empobrecimiento de la población colombiana ha seguido creciendo hasta llegar en el 2004 al 66% de la población por debajo de la línea de pobreza⁴.

Es importante mencionar que estos niveles de pobreza son ligeramente superiores en las mujeres que en los varones. Entre los años 2001 y 2004 la incidencia de la pobreza para las mujeres se incrementó de forma sostenida de 75,1% a 78,1%, mientras que en los va-

2. Departamento de Investigaciones - Universidad Central Línea de Investigación en Jóvenes y Culturas Juveniles. Ibid.

3. Departamento de Investigaciones - Universidad Central Línea de Investigación en Jóvenes y Culturas Juveniles. Idem.

4. Universidad Nacional de Colombia - Centro de Investigación en Desarrollo. 2004. Macroeconomía y Pobreza. Informe de Coyuntura 2003. Ed. Bien Estar. Bogotá.



rones es de 74% en 2001 y de 76,5% en 2004⁵. Junto a esta situación, la concentración del ingreso, medida por el coeficiente de Gini, ubica a Colombia como uno de los países con mayores niveles de inequidad y desigualdad de América Latina⁶.

Pero las niñas, niños y adolescentes (menores de 18 años) son quienes más sufren las consecuencias de la falta de ingreso en los hogares. Según la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 entre 0 y 17 años se encuentran quienes tienen el mayor porcentaje de pobreza (74% y 78%), situándose incluso por encima del promedio nacional; como se mencionó, en la mayoría de los casos se encuentran padres pobres rodeados de muchos y muchas niñas. Para quienes están en los rangos de 18-22 años y de 23-26 años el panorama mejora (respectivamente el 65% y el 62% de jóvenes son pobres) esto se debe a que ya pueden dejar de depender de sus padres e ingresar al mercado laboral percibiendo ingresos propios, aunque hay quien a esas edades ya ha constituido su propia familia⁷.

Se considera a Colombia como el tercer país con mayor número de personas en situación de desplazamiento en el mundo, sólo detrás de Sudán y la República del Congo. En este sentido, tres de cada cuatro personas en situación de desplazamiento son mujeres, niñas o niños, aspecto que desencadena otra serie de amenazas, como el reclutamiento forzado en las organizaciones al margen de la ley, la violencia sexual y la violencia contra las mujeres. En esta perspectiva, dadas las condiciones de discriminación a las que han estado sujetas las mujeres, las oportunidades de resarcimiento de la vulneración múltiple y sistemática producida por el desplazamiento van a ser menores para ellas que para los varones⁸.

La Cruz Roja ha construido información sobre las víctimas del conflicto entre 1995 y 2003. Se entiende por víctimas a la población civil, excluidas las personas combatientes, que han sufrido alguna lesión física o psicológica que amerita la intervención de esta organización. Según ella, en los últimos nueve años el conflicto ha afectado a 866.605 personas, de las cuales el 57% son menores de edad. Las víctimas civiles de minas y explosivos abandonados son una realidad de la guerra. El Observatorio de minas antipersona dispone de información desde el año 1991 hasta agosto de 2003, respecto a menores afectados por el uso de minas y explosivos. Según dicha información hay 159 menores afectados por las minas y 149 por los artefactos explosivos. La información es exclusiva para menores y la mayor proporción de ellos son varones, 77% en minas y 75% en explosivos⁹.

De otro lado, la salud pública pasa por la peor crisis producto de los graves problemas que se vienen acumulando desde la expedición de la Ley 100 de 1993. La salud se mercantilizó

5. Sarmiento, A Libardo. Malestar Social y Política Pública 2001 – 2004. Revista Foro. Fundación Foro Nacional por Colombia. No. 52. Bogotá. Febrero 2005. Pp. 40.

6. Sánchez T, Fabio. Desigualdad del Ingreso 1976 – 2004. Revista Coyuntura Económica. Fedesarrollo. Vol. XXXV. No.2. Segundo semestre de 2005. Pp. 289.

7. Colombia Joven y Otros. Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Bogotá 2004. Pp. 34.

8. Red Nacional de Mujeres. Violencias Cruzadas. Informe Derechos de las Mujeres, Colombia 2005. Bogotá. 2005. Pp. 53.

9. Idem.



totalmente y las ganancias de las empresas intermediarias privadas les ha permitido aumentar sus patrimonios de manera exponencial, mientras que la red de hospitales públicos se encuentra en quiebra o cerrados. Pese a las metas propuestas de incorporar al sistema de aseguramiento a la totalidad de la población más pobre y vulnerable, 16,7 millones de personas no tienen acceso al sistema de salud. No obstante, el estar incorporado al sistema no garantiza ni la atención oportuna, ni la calidad en el servicio. El ascenso de la mortalidad materna e infantil, unido al crecimiento de la desnutrición, son síntomas que confirman la magnitud de la problemática¹⁰.

Es de resaltar que tener derecho a los servicios por una afiliación no resuelve por sí solo los problemas de salud que vive la juventud; muchas y muchos jóvenes tienen afiliación pero no conocen sus derechos y/o tienen dificultades para el acceso geográfico, cultural o económico a los mismos. La vinculación al sistema de salud para los menores de 18 años es a través de la familia, ello quiere decir que tienen acceso a los servicios de salud en la medida que la tengan sus padres, madres o personas responsables de ellas y ellos. El otro grupo étnico con los porcentajes de afiliación más bajos es el de 18 a 22 años (el 50,8% no estaban afiliados en el 2000), edad en la que las y los jóvenes pasan de la afiliación familiar a la afiliación individual, exceptuando quienes aún están estudiando o son discapacitados.

La razón de mortalidad materna en Colombia es de 104,9 por 100.000 nacidos vivos, es decir, que en el país ocurren entre 859 y 895 muertes maternas anuales¹¹. La práctica totalidad de las causas podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento post- parto y servicios de planificación familiar. En términos precisos, todas las patologías que originan estos eventos están asociadas a la falta de servicios de salud reproductiva de buena calidad y a las precarias condiciones de vida de las mujeres.

De esta manera, de la totalidad de las muertes maternas ocurridas en el período 1995 - 2000, el 27,3% correspondió a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación, el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo, y en el 25% de los casos se desconoce a qué régimen de afiliación pertenecía la mujer¹². Esto pone en evidencia la modificación del papel del Estado y sus graves consecuencias en términos de desconocer e incumplir su obligación de garantizar los derechos a la salud y seguridad social de los y las ciudadanas.

Ahora bien, al observar este conjunto de problemáticas en las minorías étnicas y raciales, algunos hechos básicos indican que esta población está en peores condiciones socioeconómicas (nivel de Sisben). Así sucede respecto a: el ingreso, las tasas de desempleo, el acceso a empleo, las necesidades básicas insatisfechas, la educación y los servicios básicos (agua,

10. Sarmiento, A Libardo. *Ibíd.* Pp.43.

11. Ministerio de la Protección Social – INS – OPS. *Situación de salud en Colombia: indicadores básicos.* 2003. Pp. 1.

12. Instituto Nacional de Salud – Rodríguez, D. y Acosta, J. *Panorama de la mortalidad materna en Colombia.* 2002, citado en: Ministerio de la Protección Social. *Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna.* Bogotá. 2004. Pp. 4.



electricidad y alcantarillado). Con respecto a la salud, en las minorías es menos probable que estén aseguradas¹³.

Tendencias poblacionales en Colombia

El país inicia el siglo XXI un proceso de tránsito demográfico con menores tasas de natalidad y mortalidad, ganancias en la esperanza de vida y envejecimiento de la población. La población colombiana sigue creciendo, pasando de 37,2 millones de personas censadas en 1993 a los 44,5 millones proyectadas al finalizar el 2003. El último censo de población, que realizó el DANE en 1993, sigue siendo la base de las proyecciones futuras y de la construcción de las pirámides poblacionales, según las cuales en el año 2015 habrá 53,2 millones de personas: 50,5% mujeres y 49,5% varones. Por el efecto combinado de las tasas descendentes de natalidad y mortalidad, la esperanza de vida de la población colombiana sigue aumentando notoriamente al tiempo que se reduce la participación de niños, niñas y jóvenes¹⁴.

En Colombia nacen y sobreviven más niños que niñas, por lo tanto, en las primeras escalas de la estructura predominan los varones. En la adolescencia, la tasa de mortalidad de los hombres aumenta y tiende a equilibrarse la población entre los varones y las mujeres. Después de los 25 años, las mujeres son mayoría y así se conservan hasta los escalones elevados de la pirámide.

La juventud colombiana comienza desde muy temprano a construir relaciones de pareja, inicialmente como casos aislados que poco a poco van aumentando con la mayor edad hasta consolidarse definitivamente después de los 23 años, cuando la tendencia al abandono de la soltería se fortalece. La soltería es el estado civil predilecto y masivo antes de los 27 años¹⁵.

La situación de salud de las y los jóvenes no se puede generalizar dadas las grandes desigualdades entre ricos y pobres, mestizos e indios, ciudad y campo, varones y mujeres. Hay zonas de Colombia como la Costa Pacífica, donde encontramos indicadores de condiciones de salud similares a los de los países más pobres del mundo, mientras en los sectores más pudientes de las grandes ciudades encontramos indicadores similares a los de los países más ricos y con mayor desarrollo tecnológico¹⁶.

En relación con la fecundidad de las mujeres colombianas se puede afirmar que, a pesar de las significativas tasas de fecundidad adolescente según las cuales para el año 2000 el

13. Bernal, Salazar Raquel y Cárdenas, Santamaría Mauricio. Race and Ethnic Inequality in Health Care in Colombia. Working Papers Series – Documentos de Trabajo. Fedesarrollo. Bogotá, Enero de 2005. No. 29. pp. 23 – 26.

14. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores de mortalidad 1985 – 2015.

15. Colombia Joven y Otros. Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. 2004. Op-cit. Pp.38.

16. Idem.



19,1% de las jovencitas entre 15 y 19 años ha estado embarazada por lo menos una vez (cabe anotar que para ese mismo año, el 30,1% de las jóvenes de 19 años ya son madres), la edad media de la fecundidad sigue siendo de 27 años.

La mortalidad en las y los jóvenes muestra las siguientes realidades: para el año 2001, en el grupo de 5 a 14 años la primera causa de muerte la constituyeron los accidentes con 26,1%, seguidos por los homicidios con un preocupante 11,3%, las enfermedades malignas con un 10,8%, las enfermedades del sistema nervioso con un 5,1% y las infecciones respiratorias agudas con un 4,4% ¹⁷.

En el grupo de 15 a 44 años, en el que están incluidos las y los jóvenes, la primera causa de muerte para 2001 la constituyeron claramente los homicidios con 51,8%, le siguen los accidentes con un 10,1% y los suicidios con un 3,7%, para un total de 65,6% muertes violentas. El VIH/SIDA constituye un preocupante 3,3% que para el año 1998 era 2,5%. En la evolución de los 5 años analizados preocupa el aumento del porcentaje de muertes por suicidio y la aparición y aumento del porcentaje de muertes por VIH/SIDA. Entre los jóvenes se presentan diferencias evidentes en la mortalidad por sexos, teniendo la violencia un peso mucho mayor entre los varones, quienes son tanto víctimas como victimarios de la mayor parte de homicidios que ocurren en el país¹⁸.

Respecto a la morbilidad¹⁹ en el grupo de 15 a 44 años hay una clara diferencia entre varones y mujeres. El número de consultas de mujeres es 2,5 veces mayor que el número de consultas de los varones. Para ellas en 1997 la primera causa de consulta fueron los controles de embarazo, seguidos por las enfermedades genitales, las enfermedades de los dientes, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades del aparato urinario. Para ellos la primera causa de consulta fueron los problemas de salud oral, seguidos por las heridas y laceraciones, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades de la piel, los traumatismos superficiales y la consulta médica general. Mientras para las mujeres son preponderantes los problemas ginecobstétricos y urinarios, para los varones son preponderantes las lesiones traumáticas; para ambos son importantes los problemas de salud oral y las infecciones respiratorias agudas.

Para las mujeres, y en menor porcentaje para los varones, las situaciones relacionadas con la salud sexual y procreativa pasan a ser muy relevantes en la salud individual y colectiva. Para las mujeres todo lo que gira en torno a la gestación pasa a ser central en la atención en salud, los varones utilizan poco los servicios de consulta externa y desaparecen de los primeros lugares las consultas de control de salud.

Los datos de morbimortalidad muestran una diversidad de situaciones que comprende problemas relacionados con el subdesarrollo y la pobreza: las enfermedades infecciosas y la desnutrición; problemas derivados de la violencia endémica que vive el país; proble-

17. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2004. Nueva York. 2004.

18. Colombia Joven y Otros. Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. 2004. Op-cit. Pp. 45.

19. El país no realiza encuestas de morbilidad, las estadísticas se obtienen de la consulta externa y de las causas de ingresos hospitalarios.



mas relacionados con altas tasas de fecundidad en todas las edades pero principalmente en adolescentes; problemas derivados de una alta accidentalidad; problemas relacionados con condiciones ambientales como los problemas respiratorios no infecciosos; problemas relacionados con higiene y nutrición como las caries dentales y emergencia de nuevos problemas como el VIH/SIDA.

Realidades de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las y los jóvenes

Teniendo en cuenta este panorama nacional, se analizará a continuación la situación de algunos derechos sexuales y reproductivos. De acuerdo con el documento de “Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”, las áreas de los derechos sexuales y reproductivos más preocupantes desde el punto de vista de salud pública y, por lo tanto, las áreas que deben ser prioritariamente atendidas son la alta tasa de muertes maternas, el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes, el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de embarazos no planeados, la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino y los altos índices de violencia doméstica y sexual que afectan no sólo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social²⁰.

Violencia sexual

No se conoce la dimensión real del problema de la violencia sexual en Colombia. Las estadísticas disponibles se construyen a partir, en general, de los dictámenes por investigaciones en delitos sexuales a través del Instituto de Medicina Legal y la Unidad de delitos sexuales de la Fiscalía General de la Nación. El problema de los delitos de agresión o violencia sexual excede, en mucho, la excepcional gravedad que reviste el hecho concreto. El país presenta una crítica situación de violencia sexual especialmente contra mujeres, niñas y niños.

Respecto a los delitos sexuales se ha presentado un incremento significativo que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, responde al aumento en la denuncia del delito, al estímulo a denunciar, y no a un aumento de las agresiones²¹, diagnóstico discutible dado que, de acuerdo con Amnistía Internacional, la violencia sexual contra las mujeres ha sido ignorada durante mucho tiempo, no sólo por el sistema de justicia, sino por la población en general que siempre la ha considerado como algo que pertenece al ámbito privado²².

20. Ministerio de Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. República de Colombia. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Bogotá 2003. Pp. 10.

21. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2000. Op. Cit. Pp. 100.

22. Amnesty International USA. Colombia cuerpos marcados, crímenes silenciados, violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. www.amnestyusa.org/index.html, Página visitada el día 7 de Junio de 2005.



En el periodo comprendido entre 2000 y 2004, el número de dictámenes sexológicos practicados por Medicina Legal ha tenido un crecimiento constante, a excepción del periodo comprendido entre el 2000 y 2001, cuando se redujeron los dictámenes en uno por ciento. Entre 1999 y 2000 se pasó de 11.585 a 13.542 dictámenes, lo que representó un incremento del 8%. Nuevamente se presenta un incremento en el año 2004, en el cual, el INML y CF realizó 17.912 reconocimientos médico legales, directos e indirectos, observándose un aumento con respecto al año anterior del 25,8%²³.

En cuanto a la distribución por sexo/género de los delitos sexuales, las mujeres son mayoritariamente las víctimas y especialmente las niñas entre 5 y 14 años. De acuerdo con la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la mayoría de estos delitos quedan impunes debido a la falta de investigaciones de oficio, el escaso porcentaje de denuncias ocasionado por el pudor, la falta de credibilidad en el sistema de justicia, y el subregistro en los casos de muerte o violencia sexual. El acceso y el tratamiento judicial se ven afectados, además, por la ausencia de programas de formación en género a operadores judiciales y por la práctica sexista de la justicia, especialmente en el área penal. La adopción de la Ley Núm. 882 de 2004, que eliminó el maltrato sexual como delito argumentando que todo maltrato sexual es un maltrato físico que ya está penalizado, no es consecuente con las disposiciones internacionales sobre protección a las mujeres y a las niñas contra la violencia. Subvalora además la violencia sexual como una problemática específica y grave, desconoce su práctica sistemática e invisibiliza esta violación contra las mujeres, contribuyendo a la impunidad.

El sistema de justicia ha funcionado como un estímulo a la impunidad en casos como el de la violencia sexual: una forma característica de agresión que, contra toda lógica, avergüenza a la superviviente y no al perpetrador. Las supervivientes suelen ser aisladas y estigmatizadas por sus propias comunidades, y el Estado no se ha mostrado dispuesto a poner a los responsables en manos de la justicia. Cuando se investiga judicialmente un caso de violencia sexual, el trato que reciben las supervivientes suele ser degradante, algunas supervivientes incluso se encuentran bajo investigación y los perpetradores son raras veces identificados y más aún, raramente castigados por sus delitos. Adicionalmente, el tratamiento médico para las supervivientes de abusos sexuales es prácticamente inexistente para quienes no pueden pagarlo²⁴.

Estas cifras resultan alarmantes pese a que durante los últimos 10 años se han aprobado varias leyes relativas a la violencia sexual, como la de libertad sexual (Ley Núm. 360 de 1997), la de personas protegidas por el Derecho Internacional Humanitario (Ley Núm. 599 de 2000), la de delitos sexuales contra menores (Ley Núm. 679 de 2001) y la de tráfico de personas (Ley Núm. 747 de 2002). Para Amnistía Internacional, pese a que hasta la fecha estas leyes no han sido eficazmente implementadas, al menos constituyen un importante marco regulador. También cabe señalar que no se han generado programas específicos que ofrezcan una respuesta a las necesidades de las víctimas de la violencia sexual en el marco del conflicto armado.

23. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2004. Op. Cit. Pp.149.

24. Amnesty International USA. 2005. *Ibid.*



En esta perspectiva, una de las respuestas institucionales a esta situación es el proyecto denominado Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, creado con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas, que ha propiciado el desarrollo de ciertos servicios limitados en determinadas zonas del país, y que no están orientados para responder a las condiciones específicas en que se encuentran las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto. Incluso en las zonas en que se han llevado a cabo estas iniciativas y donde hay servicios y procedimientos de urgencia para las víctimas de violencia sexual, la población más expuesta a sufrir tales abusos raras veces sabe de su existencia²⁵.

Para Amnistía, incluso cuando las víctimas persisten, es poco probable que el caso se investigue de forma completa e imparcial. Las probabilidades de condena a los culpables son prácticamente nulas, especialmente si el presunto autor es miembro de las fuerzas de seguridad, los paramilitares o la guerrilla. Cada uno de los pasos del proceso parece concebido para bloquear los intentos de las supervivientes de saber la verdad y de lograr hacer justicia.

En Colombia, las posibilidades de las víctimas de abusos sexuales a tener acceso a los tribunales y a conseguir que se haga justicia, estén o no los delitos relacionados con el conflicto armado, son muy escasas. En este sentido, resulta crítico que para facilitar aún más las negociaciones con las organizaciones paramilitares, el actual gobierno nacional haya logrado la aprobación, en el Congreso de la República, del proyecto de Ley de Justicia y Paz, el cual establece la libertad condicional para los combatientes encarcelados de grupos armados ilegales que renuncien a su pertenencia a dichos grupos, o los vinculados a grupos armados implicados en un proceso de paz con el Estado que se entreguen a las autoridades, aunque hayan sido declarados culpables de graves violaciones o abusos contra los derechos humanos, incluidos los delitos sexuales.

La ley ha extendido estos beneficios a los miembros de grupos armados que admitan la comisión de delitos y realicen “reparaciones”, como indemnizar económicamente a sus víctimas. Los principales beneficiarios de esta ley serán los grupos paramilitares que están negociando con el gobierno, permitiendo que los responsables de delitos sexuales contra mujeres, niñas y niños no sean adecuadamente investigados ni respondan ante la justicia por sus presuntos crímenes²⁶.

Aborto

El aborto sigue siendo un grave problema de salud pública que atenta contra los derechos sexuales y los derechos reproductivos. A pesar de ser la tercera causa de muerte materna, y de que, según estimaciones, el 60% de los casos de aborto que llegan a las instituciones prestadoras de servicios de salud son inducidos, el aborto es tipificado como ilegal y catalogado como delito contra la vida y la integridad personal²⁷. Aunque la Constitución

25. Amnesty International USA. 2005. Op. Cit.

26. Amnesty International USA. 2005. Op. Cit.

27. Código Penal, promulgado por la ley 100 de de 1980, art. 343.



Política reconoce el derecho a la vida como derecho fundamental inviolable, no establece en qué momento dentro del proceso de gestación comienza el reconocimiento de dicho derecho (aunque jurisprudencialmente existen algunas sentencias que se aproximan a su determinación²⁸). Sin embargo, la Corte Constitucional de Colombia estableció que la vida humana se protege desde el momento de la fecundación²⁹.

La legislación penal castiga la conducta de las mujeres que abortan, así como la de la persona que lleva a cabo el aborto con el consentimiento de las mujeres³⁰, y penaliza la actuación de la persona que lo realiza sin el consentimiento de las mujeres o en una mujer menor de catorce años³¹. La ley penal prevé una pena menor cuando el aborto es consecuencia de un embarazo producto de acceso carnal violento, abusivo o de inseminación artificial no consentida³². También se sanciona a quien lesiona a una mujer, causándole con ello un aborto³³.

De acuerdo con el Centro de Investigaciones de la Universidad Central, una proporción importante de mujeres colombianas ha tenido la experiencia de un aborto: el 30,3% de las mujeres entre 15 y 55 años que han estado embarazadas han abortado por lo menos una vez. Para este mismo grupo de mujeres se encuentran diferencias por región, estrato, educación, número de embarazos y edad³⁴.

De las mujeres que han abortado el 23,9% lo ha hecho una vez, el 20,3% dos veces, el 22,5% tres veces y el 33,5% cuatro veces o más. En la investigación realizada por Lucero Zamudio y Norma Rubiano se encontró que cuando las mujeres deciden abortar lo hacen de cualquier manera aún poniendo en peligro su vida. El 33,4% de las mujeres han sido presionadas por sus compañeros para abortar. Existe un bajo nivel e inconsistencia de los comportamientos preventivos y fracaso o mal uso de los métodos anticonceptivos: la ausencia de anticonceptivos explica el 78,4% de los embarazos indeseados, mientras que las fallas en su uso explican el 21,6% restante³⁵. Se presenta una situación de inequidad y discriminación, ya que son las mujeres pobres quienes concentran la morbimortalidad más alta al acceder a servicios clandestinos de baja calidad y a técnicas de alto riesgo.

Actualmente, el tema del aborto ha generado una discusión sin precedentes dado que la Corte Constitucional emitió un fallo inhibitorio a una demanda de inconstitucionalidad

28. Constitución Política de Colombia, art. 11.

29. Sentencia C-013/97 de la Corte Constitucional de Colombia, Bogotá, enero 23 de 1997.

30. Código Penal, art. 343.

31. *Ibid*, art. 344.

32. *Ibid*, art. 345.

33. *Ibid*, art. 338. En enero de 1997, la Corte Constitucional de Colombia declara la constitucionalidad de esta disposición y estableció que la vida en Colombia se protege desde el momento de la fecundación. Ver sentencia C-013/97, Corte Constitucional.

34. Departamento de Investigaciones – Universidad Central – Departamento Administrativo de Bienestar Social – Dabs. Alcaldía Mayor de Bogotá. Op. Cit. Bogotá 2003. Pp. 47.

35. ZAMUDIO, Lucero; RUBIANO, Norma y WARTENBERG, Lucy. “El aborto inducido en Colombia: características demográficas y socioculturales”. En: Zamudio, Lucero et Al. El aborto inducido en Colombia. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia. Bogotá 1999. Pp-13-17.



de las normativas vigentes contra el aborto solicitando que éste se despenalice en circunstancias extremas. La demanda pretendía que se reconocieran las recomendaciones que los Comités de derechos humanos de la ONU le han hecho a Colombia para liberalizar el aborto en las circunstancias más extremas, dado que la legislación vigente sobre el aborto viola el derecho a la vida, a la integridad y a la igualdad de las mujeres. En el debate también participó el actual gobierno nacional, que en una posición regresiva, manifestó que la firma del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw) no obligaba al gobierno a despenalizar el aborto³⁶.

Planificación familiar-anticoncepción-embarazo adolescente

Colombia es un país con tasas de fecundidad que si bien han ido disminuyendo progresivamente, son todavía altas (2,6 para el quinquenio 2000-2005). Producto de ello nacen anualmente cerca de 750.000 niños y niñas (según el DANE). La fecundidad es más alta a edades tempranas, con una importante tasa de embarazo en adolescentes. Para el año 2000 el 32,9% de las mujeres de 19 años refería haber estado alguna vez embarazada y lo que es más preocupante, el 3,2% de las de 15 años.

Un hecho importante para el país, aunque negativo y que demuestra los pobres resultados del actual gobierno nacional en relación con la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, es que por primera vez desde que se mide el uso de métodos anticonceptivos (1969), se presenta un estancamiento en este indicador. Esto se refleja en el resultado obtenido entre las mujeres casadas o unidas, en donde el uso en el 2005 fue del 78%, mientras que para el 2000 fue del 77 %. Entre las mujeres de 15 a 19 años de edad que están casadas o unidas, el uso de métodos anticonceptivos fue del 57%, cifra igual a la del año 2000, y entre aquellas mujeres del mismo grupo etario, que no están casadas o unidas, pero que tienen vida sexual activa, el uso de métodos disminuyó del 81% en el 2000 al 79% en el 2005. De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el estancamiento en el uso de métodos de planificación familiar o su ligero retroceso, en ciertos grupos, se debe a que el Sistema de Seguridad Social en Salud del país no está cumpliendo con su obligación de ofrecer información y servicios de planificación familiar a sus afiliados³⁷.

En este escenario, es necesario mencionar otros indicadores que pueden estar vinculados con la disminución en el uso de los métodos anticonceptivos. El incremento de la proporción de jóvenes que ya son madres o que están embarazadas es significativo. Para 1990, el 13% de mujeres menores de 20 años estaba en estas condiciones, el 19% en el 2000 y el 20,5% en el 2005, lo que implica una proporción 46% más alta que la encontrada diez años atrás: es decir, actualmente una de cada cinco jóvenes menores de 20 años ha

36. Sancionado el 16 de agosto del 2005 mediante la Ley 984 de 2005 y restando la sanción de la Corte Constitucional, requisito indispensable para la aprobación de instrumentos internacionales en Colombia.

37. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2004. Op. Cit. Pp. 114.



tenido ya un hijo o hija o está esperando el primero³⁸. El incremento de la fecundidad adolescente está directamente relacionado con la tendencia del mayor número de jóvenes que se inicia sexualmente en la adolescencia³⁹, probablemente sin ninguna protección anticonceptiva o con un uso incorrecto de métodos, o quizás utilizando métodos de baja eficacia anticonceptiva.

Uno de los indicadores del éxito alcanzado por los programas de planificación familiar se obtiene a partir de la demanda insatisfecha de planificación familiar. De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud de 2005, estos programas de planificación son un fracaso, en la actual Administración, dado que la demanda insatisfecha entre las mujeres casadas y unidas llega al 6%, la misma cifra que se encontró en el año 2000, cifra que vuelve a confirmar el estancamiento en el campo de la anticoncepción en el país.

Aún más preocupante es que sea en el grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad donde se dé la mayor demanda insatisfecha (que llega a alcanzar el 16%), junto a otras características como: bajos niveles educativos, pertenecer a las zonas rurales más pobres y con los más bajos índices de riqueza. Estos indicadores también están relacionados con los bajos niveles de afiliación a servicios de salud de las adolescentes con hijos o en estado de embarazo⁴⁰. Todos estos elementos demuestran la necesidad de más y mejores programas de información y servicios para jóvenes o adolescentes⁴¹.

Atención del parto y puerperio

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2005, pese a que la cobertura de atención prenatal por médico fue del 87% y del 7% por enfermera, así como un 92% de nacimientos ocurridos en establecimientos de salud⁴², se ha comprobado que estos indicadores no se correlacionan con las altas tasas de mortalidad materna. Esto podría estar indicando que existen problemas relacionados con la calidad de la atención, lo que a su vez se relaciona con la falta de garantía de los derechos de la mujer. En este sentido, a pesar de contar con coberturas cercanas al 90% de parto institucional atendido por médico, médica o enfermera profesional, las complicaciones del trabajo de parto y las hemorragias del puerperio ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente, dentro de las causas de mortalidad materna e influyen directamente en la mortalidad neonatal⁴³.

38. 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005. Pp. 109.

39. El 11% del total de mujeres de 25 a 49 años tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, en comparación con apenas el 8% en el 2000. PROFAMILIA. ENDS – 2005. *Ibid.* Pp. 146.

40. De acuerdo con la más reciente Encuesta de Fedesarrollo, el 57,43% de las adolescentes con hijo no tiene ningún tipo de afiliación a servicios de salud, frente al 33,72% de las adolescentes embarazadas que tampoco tienen. BARRERA, Felipe e HIGUERA, Lucas J. Embarazo y Fecundidad Adolescente. Working Papers series. Documentos de trabajo Fedesarrollo. No. 24. Bogotá. Junio de 2004. Pp. 16.

41. PROFAMILIA. ENDS – 2005. *Ibid.* Pp. 165.

42. PROFAMILIA. ENDS – 2005. *Op. cit.* Pp. 197 y ss.

43. LÓPEZ Montaña, Cecilia, et al. *Op. cit.* Pp. 43.



Vale la pena anotar que la población asegurada en el Régimen Subsidiado no cuenta con abordajes integrales para el diagnóstico del cáncer de cuello uterino y de seno ya que con cargo a las ARS no se encuentran la colposcopia biopsia, mamografía y biopsia por aspiración con aguja fina, y se tienen que realizar con recursos de oferta bajo la responsabilidad de los entes territoriales. Lo mismo sucede con la vasectomía en planificación familiar⁴⁴.

En la actualidad, los distritos y municipios deben asumir algunas acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS-Subsidiado) para lo cual se les transfiere el 4,01% de la UPC-Subsidiada. Son entonces responsabilidad de los municipios una gran parte de las acciones previstas en el Régimen Subsidiado en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), promoción de la SSR, vacunación excepto dosis del recién nacido de Hepatitis B y toxoide diftérico a gestantes, atención en planificación familiar y detección de cáncer de cuello uterino⁴⁵.

El uso de servicios de salud materna -atención prenatal y del parto-, muestra avances importantes tanto en cobertura como en equidad en las zonas urbana y rural. Los aumentos en cobertura en el área rural son mejores que en la zona urbana probablemente por el cubrimiento de esta población en el Régimen Subsidiado. Los avances en la atención prenatal y en la atención médica del parto coinciden con una política activa de los gobiernos para promover el uso de los servicios de atención materno infantil. Aún persisten marcadas inequidades en la atención prenatal y la atención del parto, a favor de las zonas urbanas y grupos de mayor nivel socioeconómico⁴⁶.

En este sentido, cabe anotar que dentro de las acciones de salud reproductiva contempladas en el POS están: el control prenatal y la vacunación con toxoide tetánico, atención al parto y al puerperio con enfoque de riesgo, complementación nutricional, exámenes de laboratorio y ecografía, citología cérvico uterina y examen de mamas y oferta anticonceptiva completa, prevención, atención y control de ITS-VIH/SIDA.

El Acuerdo 117 de 1998 y la Resolución 412 de 2000 determinaron las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Esta reglamentación estableció las normas técnicas o protocolos para la protección específica y la detección temprana de riesgos y enfermedades. Tales normas determinaron los procedimientos, las condiciones técnicas de realización y su frecuencia, el recurso humano a cargo y la población objeto de los mismos, así como los contenidos establecidos que son de obligatorio cumplimiento para las EPS y ARS. Las mismas normas incluyeron los indicadores básicos para medir resultados y grado de avance en la aplicación de la normatividad. La labor de seguimiento del cumplimiento de las normas está a cargo del Ministerio de Salud, y debe ser realizada trimestralmente.

44. LÓPEZ Montaña, Cecilia, et al. Op. cit. Pp. 31.

45. LÓPEZ Montaña, Cecilia, et al. Op. cit. Pp. 31.

46. FLÓREZ, Carmen Elisa. La Equidad en el Sector Salud: una mirada de 10 años. Fundación Corona, Fundación Ford. Documento de trabajo. Bogotá. 2002. Pp. 30 y ss.



De esta manera, en los últimos diez años se han logrado avances importantes en el desarrollo de la reglamentación que privilegia acciones de SSR, contándose con normas técnicas que determinan las acciones de obligatorio cumplimiento sobre la población asegurada (planificación familiar, detección temprana de las alteraciones del embarazo, detección temprana de las alteraciones del y de la joven, detección temprana del cáncer de cuello y su atención, atención de las ITS/VIH-SIDA, atención a las mujeres y a las y los menores maltratados, entre otros temas) y se cuenta con recursos del Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado para su desarrollo. No obstante, subsisten limitaciones para el financiamiento y acceso a los servicios para la población pobre no asegurada.

Como se puede observar, a pesar de la intención del Estado Colombiano de erradicar el flagelo de la violencia sexual y delitos afines, de incorporar al sistema de aseguramiento en salud a la población más pobre y vulnerable, de realizar acciones en pro de la salud sexual y reproductiva de los y las colombianas y de garantizarle mejores condiciones de vida, su efectividad es reducida ya que no basta con la promulgación de leyes y normas. Se hace necesario que las autoridades actúen diariamente y no de manera esporádica o residual.

VIH/SIDA

La situación del VIH/SIDA muestra que tanto en la edad adulta como en la joven, las mujeres son más susceptibles a la infección, no sólo por causas biológicas, sino también como resultado de las relaciones de subordinación, opresión y discriminación. La falta de autonomía y control sobre sus vidas las pone en riesgo dentro de sus relaciones y comunidades e inhibe su acceso al conocimiento y servicios de prevención y cuidado⁴⁷. De acuerdo a estimaciones hechas por el Ministerio de la Protección Social en el año 2004, la prevalencia de la infección en población adulta entre 15 y 49 años sería alrededor de 0,7% y para el 2015 estaría alrededor del 1,5%. El número de personas que actualmente viven con VIH se sitúa entre 200.000 y 220.000 de las cuales 4.000 corresponderían a personas menores de 15 años. Para el año 2005 se han reportado alrededor de 44.000 nuevas infecciones, de las cuales el 81% corresponde a hombres y el 19% a mujeres. En los casos en los que el mecanismo de transmisión fue reportado, el 50,9% correspondería a contagio por contacto heterosexual, el 28,3% a contacto homosexual y el 16,85% a bisexual (para el 96% de los casos de transmisión sexual)⁴⁸.

De esta manera se observa un progresivo y alarmante cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia el predominio de la transmisión heterosexual. En este sentido, la razón de los casos notificados hombre: mujer ha descendido de 20:1 al inicio de la epidemia a 8-10:1 entre 1989 y 1993, a 4-6:1 entre 1995 y 1998, a 3:1 entre 1999 y

47. Ministerio de Salud. Datos Estadísticos de la infección por VIH y el SIDA. Dirección General de Promoción y Prevención. Subdirección de prevención. Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS/SIDA. Fecha de corte: Julio de 1999.

48. ONUSIDA, COLOMBIA, 2004. Página web: www.onusida.org.co/otrosproyectos/mujerysida/diademujer.htm. Página web visitada: 02-03-06.



2003. Asimismo, los porcentajes de seropositividad encontrados en mujeres embarazadas entre 1991 y 1999, año en que se efectuó el estudio de vigilancia centinela, han mostrado una fuerte tendencia al aumento.

Pese a que existen pocos datos respecto al impacto en la salud sexual de las mujeres y, particularmente, sobre el aumento del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo, a partir de los relatos de las mujeres afectadas por el conflicto, se sabe que los diferentes actores armados son algunos de los principales responsables en la transmisión de estas enfermedades en los casos donde realizan violencia sexual en las mujeres.

Prostitución

En relación con la prostitución, en el país no hay datos exactos sobre menores en esta actividad, pues es muy difícil calcular esta población nómada e invisible. Al Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (Dane) le corresponde por ley realizar un censo que aún no existe. De acuerdo con la Fundación Renacer, las investigaciones desarrolladas en el país dan cifras indicativas que van desde 4.477 mujeres menores de 20 años ejerciendo la prostitución (Censo de la Policía Nacional, 1997) a 35.000 niños y niñas vinculadas a esta práctica (estimación del DAS y la Interpol, 1998) pasando por una cifra media de 20.000 explotados sexualmente⁴⁹.

Todas las fuentes coinciden en afirmar que su ingreso a la prostitución es cada día mayor. Igualmente se plantea que las edades de vinculación a la prostitución son cada vez más tempranas, encontrando por reportes de historias de vida que niños y niñas empezaron a ser explotados sexualmente desde los 9 años. Esta situación se ha visto incrementada por la falsa creencia de que éstos tienen menos posibilidades de tener enfermedades de transmisión sexual y por el miedo de los adultos abusadores a contraer VIH/ SIDA.

La falta de datos unificados dificulta establecer con exactitud si el problema aumenta o disminuye. Sin embargo, las entidades que trabajan el tema consideran que cada año crece. De acuerdo con estudios regionales, como el censo realizado en Bogotá por la Cámara de Comercio, se encontraron en el centro de la ciudad 3.000 niñas prostitutas en 1993. En Barranquilla, un estudio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) encontró 635 niñas y niños en las mismas condiciones. El censo del Municipio de Medellín registra por lo menos 506 mujeres menores de 18 años prostitutas en las calles⁵⁰.

Otro de los problemas es la impunidad existente respecto a los proxenetas. Una de las conclusiones de ocho foros liderados por el Convenio del Buen Trato y Unicef es que la impunidad es del 80%. “La Fiscalía estima que de cada 100 investigaciones, 55 no logran culminar en los tiempos procesales legalmente establecidos”, dicen las conclusiones. En la última Revista de Criminalidad de la Policía (2001) se registraron 3 casos de pornografía

49. Fundación Renacer. Cifras sobre Explotación Sexual Infantil en Colombia. http://www.fundacionrenacer.org/explotacion_planes_colombia.htm. Página web visitada: 02-03-06.

50. Fundación Renacer. *Ibíd.*



de menores, 16 de estímulos a la prostitución de menores, 9 de trata de personas y 584 actos sexuales con menores de 14 años. “Según el Código Penal, una menor que pase de los 14 años y que sea encontrada teniendo relaciones con un adulto puede decir que fue con consentimiento, para que al adulto no le pase nada”.

El sector gubernamental ha basado su estrategia en el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, teniendo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) como su grupo directo de acción. Como tal el ICBF tiene por objetivo fundamental proteger y garantizar los derechos de la niñez, promover la integración y realización armónica de la familia, vincular al mayor número de personas y coordinarse con las entidades públicas y privadas competentes en el manejo de los problemas de la familia y del menor con el propósito de elevar el nivel de vida de nuestra sociedad.

Otras de las acciones es la articulada por la Fiscalía General de la Nación, entidad que creó la Unidad de Delitos contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana, mediante la ley 360 de 1997. Su labor fundamental es la de asegurar la comparecencia de los presuntos infractores de la ley penal, adoptando las medidas de aseguramiento a que haya lugar en cuanto se realicen las denuncias respectivas que conlleven a determinar la responsabilidad de un sujeto en la comisión de un delito sexual. Esta Unidad Especializada estipula que cada una de ellas debe contar con un o una psicóloga de planta. Pero después de cuatro años la cobertura sólo alcanza a 5 de las 29 ciudades principales del país.

Educación sexual

En el país la educación sexual se implementó a partir de una sentencia de la Corte Constitucional, por la que el Ministerio de Educación dio carácter obligatorio a la educación sexual (mediante la Resolución 03353 de 1993), dando inicio al Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES). La Ley General de Educación (Ley 115/94) respalda el Proyecto Nacional de Educación Sexual y establece la educación sexual como proyecto pedagógico, y parte de los Proyectos Educativos Institucionales (PEI).

El objetivo central del Proyecto Nacional de Educación Sexual se orienta al desarrollo integral del ser humano y el bienestar comunitario, mediante la promoción del reconocimiento, aceptación y respeto del cuerpo; el desarrollo de la identidad, autoestima, autocuidado y afectividad; y de los valores éticos de solidaridad, equidad, convivencia, respeto y tolerancia, en el ámbito del ejercicio de la expresión de la sexualidad.

Esta propuesta compromete a todas y todos los miembros de la comunidad educativa (desde el preescolar hasta el undécimo grado), y se diseña a partir de cuatro ejes: persona, pareja, familia y sociedad, y de doce énfasis: identidad, reconocimiento, tolerancia, reciprocidad, vida, ternura, diálogo, cambio, amor-sexo, responsabilidad, conciencia crítica y creatividad. Estos ejes y énfasis están cruzados transversalmente por los procesos de autonomía, convivencia, autoestima y salud.

Entre 1993 y 1997 el Proyecto Nacional de Educación Sexual logró posicionar la educación sexual a través de acciones pedagógicas, de gestión, de comunicación, de investigación y evaluación, y apoyándose en el trabajo intersectorial, especialmente con el Ministerio de Salud y con las diversas Organizaciones No Gubernamentales e instituciones



académicas especializadas en el tema. Por diversas razones, entre las que se incluyen la disminución de los recursos financieros destinados al Proyecto Nacional de Educación Sexual y el debilitamiento de la voluntad política, desde 1998 se han evidenciado importantes dificultades para dar sostenibilidad a la educación sexual en los ámbitos nacional, departamental y local⁵¹.

En los últimos dos años, y respondiendo a la presión ejercida por los medios de comunicación y la sociedad civil, quienes llamaron la atención del deterioro de los indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva de la juventud colombiana y cuestionaron el silencio Estatal frente a esta materia, el Ministerio de Educación se propuso revisar los lineamientos y políticas existentes en educación sexual y movilizar a la opinión pública en torno al tema. Esta revisión concluyó que el Proyecto Nacional de Educación Sexual está bien planteado, por cuanto parte de una concepción integral de ser humano y de una ética de la sexualidad, supone la asunción de posturas críticas y valorativas de la misma, y destaca el papel protagónico de la familia en la educación sexual.

Igualmente se recomendó fortalecer la implementación del Proyecto Nacional de Educación Sexual; incorporar la propuesta curricular en todas las instituciones educativas; propiciar investigaciones participativas que permitan identificar realidades y necesidades en educación sexual; y brindar diversas visiones de la sexualidad (científica, humanista, ética, religiosa, de derechos humanos, etc.).

Entre los logros obtenidos a partir del trabajo intersectorial cabe destacar el proyecto “Escuchamos propuestas” desarrollado por los Ministerios de Educación y Salud, la Cruz Roja y ONUSIDA, en 60 municipios de 21 departamentos. Este proyecto consiste en la formación de líderes juveniles escolares como educadores de pares en salud sexual. También destaca el proyecto “Educación en Salud Sexual y Reproductiva de Jóvenes y para Jóvenes”, desarrollado en cooperación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en quince municipios de cinco departamentos de Colombia.

Pese a estos avances, algunos de los principales problemas que presenta el proyecto se ubican en tres categorías: la respuesta Estatal, el sistema educativo y las representaciones sociales frente a la sexualidad. En la primera categoría se puede mencionar: la presión ideológica ejercida por algunos sectores sociales, la sustancial disminución de recursos humanos y financieros asignados al Proyecto Nacional de Educación Sexual, y la debilidad en la asistencia técnica para el desarrollo regional y local de la educación sexual. En la segunda categoría se ha identificado la tendencia predominante de los programas educativos hacia el desarrollo de lo cognitivo en detrimento de lo afectivo, y el énfasis en aumentar la cobertura del servicio educativo, descuidando la calidad del mismo. En la tercera se ha identificado la reproducción cultural de modelos que perpetúan la concepción de la sexualidad como tabú, la falta de diálogo intergeneracional y la inequidad entre mujeres y varones⁵².

51. El Espectador, Editorial. “Un debate fecundo”. Bogotá. 20 de Abril de 2005.

52. ONUSIDA. Encuentro Intersectorial de Educación y Salud Sexual. Bogotá. Junio de 2002. <http://www.onusida.org.co/actividades/educacionsexualconclusiones.htm>. página web consultada: 02 - 03-06.



Desafortunadamente el Programa de Educación Sexual del Ministerio de Educación en los últimos años se ha limitado a reorientar sus acciones hacia la promoción de información y servicios que ayuden a las y los jóvenes a alcanzar un grado de madurez necesario para tomar decisiones de manera responsable, comprender su sexualidad y protegerse contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. No obstante estos esfuerzos la educación sexual institucional depende de la voluntad e interés de cada institución educativa lo cual se ha traducido en casi su desaparición del pénsum educativo⁵³.

Paternidad responsable

La paternidad responsable mayoritariamente ha sido concebida desde el punto de vista legal. La información disponible se refiere a la gran cantidad de pruebas de paternidad y maternidad que se encuentran represadas en los despachos judiciales del país. En este sentido, se intenta acelerar, con la contratación de ocho laboratorios de genética adicionales, la identificación de la madre o del padre de las y los menores, en aras de defender los derechos de éstos⁵⁴.

A manera de retos

Los retos en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos en Colombia, no presentan un panorama homogéneo como tampoco lo es la situación de los mismos. Los retos se encuentran vinculados con aspectos culturales, económicos, de acceso a los servicios y de transformaciones en las relaciones de subordinación y opresión entre mujeres y varones.

Algunos de los retos que deberían ser abordados a corto y mediano plazo son los siguientes:

- Iniciar procesos de transformación cultural que permitan la construcción de identidades y subjetividades femenina y masculina libres, autónomas y que rompan con los ancestrales mandatos para varones y mujeres, no sólo es un reto para la formación sexual sino también para la democracia colombiana.

En el país persisten complejos procesos de socialización diferencial entre varones y mujeres jóvenes, con discursos y prácticas fuertemente patriarcales. Los discursos sobre el cuerpo, sobre el amor y la sexualidad muestran roles diferenciados; así las formas del amor y los estilos de enamoramiento apuntan a la configuración de mundos, lo masculino y lo femenino, bipolares y de difícil intersección. Diversos estudios com-

53. LÓPEZ Montaña, Cecilia, et al. Costos de Implementar el Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva (PASSR) en Colombia. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region (IPPF/WHR) – Fundación Agenda Colombia. Octubre de 2004. Pp. 38 – 39.

54. Instituto Colombiano De Bienestar Familiar – ICBF. 2004. “Para ejercer una paternidad responsable”, en Diálogos, publicación mensual del ICBF. Año 1. Número 8. Febrero. Bogotá. Pp. 10.



prueban en los jóvenes una enunciación de la virilidad mediante la conquista amorosa de las mujeres para el acceso sexual penetrativo, acompañada de una formación de lo masculino dentro de fuertes parámetros de homofobia.

Por su parte, el discurso afectivo sigue enfatizándose en las jóvenes como parte de un marcado paso de su niñez a su condición de mujeres. A esto se suma un especial cuidado del deseo y del cuerpo de ellas, con fuertes intentos de restricción al mundo doméstico y al escenario del hogar. El honor sexual, relacionado con la virginidad de la mujer, sigue siendo una de las principales motivaciones de tales cuidados, así como fuente de culpabilidad y clandestinidad en el relacionamiento erótico de las jóvenes. Asimismo, se dan discursos vinculados a la disociación existente entre el discurso y las prácticas relativas a la sexualidad.

- Precisar el significado de los derechos sexuales y los derechos reproductivos con el propósito de que un mayor número de jóvenes, varones y mujeres, se apropien de su ejercicio desde una perspectiva de autonomía y responsabilidad.
- Se hace imprescindible que no sólo los planes educativos sino también la información y las pautas de socialización transformen sus contenidos de manera que las visiones y creencias que tienen sobre la sexualidad sean modificadas.

Varias investigaciones han evidenciado que la sexualidad les genera (sobre todo en los llamados *adolescentes*) diversas creencias que varían de acuerdo a los contextos regionales y que reaparecen una y otra vez pese a los procesos educativos y de información tan ampliamente difundidos a partir de los años 90. En los estudios se evidencian creencias de origen popular en torno a la masturbación (que por ejemplo se considera esencialmente masculina), al desempeño sexual en pareja, la anticoncepción, el aborto y la maternidad y paternidad. Con frecuencia se observa una concepción romántica y naturalista del acto sexual, así como ideas casi míticas que pasan de una generación a otra, como por ejemplo que el embarazo no ocurre en la primera relación sexual.

La educación en sexualidad no se agota en la escuela, aunque ésta es un escenario de socialización entre pares muy importante. Los amigos y amigas, y la familia, pese a todos los silencios y dificultades para la comunicación sobre el sexo, siguen siendo referentes importante para la consulta de inquietudes por parte de los y las jóvenes. Es evidente que la formación en sexualidad trasciende el que se encuentre en un plan de estudio, de tal manera que es más en la interacción social amplia, por fuera de la asignatura específica, donde más circulan los sentidos y significados que marcan su sexualidad. En este contexto los programas de formación sexual, las familias y la sociedad deben adecuarse a esas nuevas realidades de la vivencia de la sexualidad; de manera que se les brinden procesos formativos que les permitan disfrutar de una sexualidad sana y libre de culpa.

- Transformar imaginarios sociales individuales y colectivos sobre la maternidad y la paternidad, es una tarea perentoria y necesaria si realmente se desea reducir el embarazo en las mujeres adolescentes. La sociedad colombiana pareciera compartir como tal sociedad unos imaginarios algo ambiguos sobre el embarazo de las jóvenes: es deseable



en tanto sigue constituyendo un símbolo de la feminidad, de valoración como mujer, reafirma su lugar como dadora de vida, e incluso constituye un aliciente que impulsa la prospección de vida en jóvenes con circunstancias de desventaja socioeconómica. Pero a la vez es objeto de una sanción social muy fuerte, especialmente en el contexto institucional escolar y en los estratos medio y alto.

Frecuentemente se enuncia la maternidad juvenil como un problema social que amerita ser investigado, que afecta los cursos vitales de las jóvenes, y que tiene gran impacto en sus posibilidades futuras de mejoramiento de la calidad de vida.

Se focaliza en las adolescentes, en tanto riesgo para su salud, y en las jóvenes del sector popular.

Se resalta el matiz de dificultad, conflicto y tensión, más que el componente de proyección, superación y progreso que también aporta esta experiencia al sujeto.

Se indaga muy poco sobre la paternidad, desde la perspectiva reproductiva de los jóvenes y/o la afectación de su subjetividad. La paternidad se continúa mirando desde su rol de proveedor económico y jefe de la familia.

- Realización de investigaciones cualitativas sobre el aborto. Aunque se menciona frecuentemente como fenómeno en aumento, el aborto no constituye un tema investigado desde la complejidad social y subjetiva que implica. Los enfoques desvelan fuertes sesgos moralistas, ya sea para sancionarlo o para considerarlo como opción legítima. Destaca el estudio de tipo biográfico de Wartenberg y Salcedo (1997) que aborda la relación entre capacidad procreativa e identidad femenina y masculina. Mientras que en jóvenes varones del sector popular la masculinidad se vincula a la capacidad procreativa, en los estratos medios lo central es la responsabilidad -entendida como control de la natalidad o como compromiso cuando se produce el embarazo-. Para los estratos altos la decisión está en la interrupción o no de trayectorias laborales o académicas y en la relación con parejas no estables con quienes el acuerdo sobre el aborto, aunque tácito, se considera obvio. Para el caso de las mujeres, se señala que la decisión del aborto inducido implica una tensión en la propia identidad pues la maternidad se liga a una feminidad exaltada, al punto que en sectores populares con frecuencia no se cuestiona el destino social de ser madres.
- Hay dos aspectos de la sexualidad de las y los jóvenes que cobran importancia en la realidad colombiana. Uno es el abuso y explotación sexual, y otro es toda la afectación de su sexualidad por las problemáticas asociadas al conflicto armado que enfrenta el país. Estas realidades deben ser no sólo estudiadas sino atendidas de manera integral, creativa y sobre todo con acciones en las que su eje sea la promoción, respeto, ampliación y restitución de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las y los jóvenes.
- Impulsar y realizar investigaciones sobre el cuerpo juvenil en la guerra y para la guerra, por ser un cuerpo que se ve afectado por el conflicto armado con dramáticas diferencias para mujeres y varones. Es el joven quien vive en lo que algunos denominan una



“cultura del miedo”, en la que frecuentemente se es víctima, victimario o testigo de la violencia. Asimismo, son las jóvenes las que viven la violencia sexual perpetrada por los actores armados, la regulación de su vida afectiva y su sexualidad.

- Es necesario fortalecer los instrumentos legales, las políticas públicas y los proyectos para generar cambios significativos en las formas de relación de la sociedad de adultos con los niños, niñas y jóvenes y en su reconocimiento como sujeto de derechos. Situación que se hace más difícil si se considera la fuerza de lo ilegal en nuestra sociedad.
- Construir indicadores que den cuenta de la calidad de la salud de las y los jóvenes que sobreviven y de quienes se enferman y no acuden necesariamente al servicio de salud, es un pilar para avanzar en programas y acciones de prevención y promoción de la salud reproductiva y de la salud sexual.
- El sistema general de salud, debe ser revisado de manera que se garantice el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que garanticen la confidencialidad, calidad en la atención y su integralidad, dado que las y los adolescentes tienen vergüenza y/o temor de ser identificados y que sus familias se enteren de su vida sexual activa.
- El fortalecimiento de las organizaciones juveniles y de la participación de ellas y ellos en la vida del país, es un reto que tiene que ver no sólo con el presente sino con su futuro de la sociedad colombiana.

Bibliografía

- Amnesty International USA. Colombia cuerpos marcados, crímenes silenciados, violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. www.amnestyusa.org/index.html. Página Visitada el día 7 de Junio de 2005.
- Bernal, Salazar Raquel y Cárdenas, Santamaría Mauricio. Race and Ethnic Inequality in Health Care in Colombia. Working Papers Series – Documentos de Trabajo. Fedesarrollo. Bogotá, Enero de 2005. No. 29. pp. 23 – 26.
- Colombia joven y Otros. Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Bogotá 2004.
- Departamento de Investigaciones –Universidad Central –Departamento Administrativo de Bienestar Social –DABS. Alcaldía Mayor de Bogotá. Op. Cit. Bogotá 2003.
- Departamento de Investigaciones - Universidad Central. Línea de Investigación en jóvenes y culturas juveniles. Estado del arte del conocimiento producido sobre jóvenes en Colombia 1985-2003. Programa Presidencial Colombia Joven - Agencia de Cooperación Alemana GTZ - UNICEF Colombia.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Indicadores de mortalidad 1985 – 2015.
- El Espectador, Editorial. “Un debate fecundo”. Bogotá. 20 de Abril de 2005.



- Flórez, Carmen Elisa. La Equidad en el Sector Salud: una mirada de 10 años. Fundación Corona, Fundación Ford. Documento de trabajo. Bogotá. 2002.
- Fundación Renacer. Cifras sobre Explotación Sexual Infantil en Colombia. Página Web: http://www.fundacionrenacer.org/explotacion_planes_colombia.htm. Página web visitada: 02-03-06.
- Instituto Nacional de Salud. RODRÍGUEZ, D. y ACOSTA, J. Panorama de la mortalidad materna en Colombia. 2002, citado en: Ministerio de la Protección Social. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá. 2004.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2000.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2004.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. “Para ejercer una paternidad responsable”, en Diálogos, publicación mensual del ICBF. Año 1. Número 8. Febrero. Bogotá. 2004.
- López Montaña, Cecilia, et al. Costos de Implementar el Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva (PASSR) en Colombia. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region (IPPF/WHR) - Fundación Agenda Colombia. Octubre de 2004.
- Ministerio de Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. República de Colombia. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Bogotá 2003. Pp. 10.
- Ministerio de la Protección Social – INS – OPS. Situación de salud en Colombia: indicadores básicos.
- Ministerio de Salud. Datos Estadísticos de la infección por VIH y el SIDA. Dirección General de Promoción y Prevención. Subdirección de prevención. Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS/SIDA. Fecha de corte: julio de 1999.
- ONUSIDA. Encuentro Intersectorial de Educación y Salud Sexual. Bogotá. Junio de 2002. Página web: <http://www.onusida.org.co/actividades/educacionsexualconclusiones.htm>. Página consultada: 02 - 03-06.
- ONUSIDA, Colombia, 2004. Página web: www.onusida.org.co/otrosproyectos/mujerysida/diadelamujer.htm. Página consultada: 02-03-06.
- Presidencia de la República. Gobierno presentará proyecto de ley sobre paternidad responsable. <http://www.presidencia.gov.co/sne/2003/marzo/18/04182003.htm>. Página consultada: 10-03-06.
- Red Nacional De Mujeres. Violencias Cruzadas. Informe Derechos de las Mujeres, Colombia 2005. Bogotá.
- SÁNCHEZ T, Fabio. Desigualdad del Ingreso 1976 – 2004. Revista Coyuntura Económica. Fedesarrollo. Vol. XXXV. No.2. Segundo semestre de 2005.



- SARMIENTO, A Libardo. Malestar Social y Política Pública 2001 – 2004. Revista Foro. Fundación Foro Nacional por Colombia. No. 52. Bogotá. Febrero.
- Universidad Nacional de Colombia - Centro de Investigación en Desarrollo. 2004. Macroeconomía y Pobreza. Informe de Coyuntura 2003. Ed. Bien Estar. Bogotá.
- UNICEF. Estado mundial de la infancia 2004. Nueva York. 2004.
- ZAMUDIO, Lucero; RUBIANO, Norma y WARTENBERG, Lucy. “El aborto inducido en Colombia: características demográficas y socioculturales”. En: Zamudio, Lucero et Al. El aborto inducido en Colombia. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia. Bogotá 1999.



Formulación de proyectos de cooperación al desarrollo en salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes y jóvenes, desde una perspectiva de género

Norma Vázquez
Consultora especialista en temas de género.

Lo que se presenta a continuación es un extracto adaptado del documento titulado: “Un paso más: evaluación del impacto de género” elaborado por Norma Vázquez y Clara Murguialday y editado por “Cooperacció” en 2005. Se ha recogido del capítulo II algunos conceptos y ejemplos utilizados en el taller.

Relaciones de género no es igual a “condición de la mujer”

Retomaremos la definición de Angélica Fauné sobre perspectiva de género para entender que se trata de un “instrumento conceptual operativo que hace posible mirar la realidad desde una nueva perspectiva, que trasciende la explicación biológica de las diferencias entre los sexos, y se concentra en la identificación de factores culturales, históricos, sociales, económicos entre otros, que diferencian a mujeres y hombres, que generan condiciones y posiciones de desigualdad entre ellos, con el fin de intervenir de manera eficaz en su modificación”.

Ante la insistencia y/o presión de los organismos financiadores, el “género” (y otras palabras relacionadas como *perspectiva o enfoque de género, relaciones de género, análisis de género*) aparece en las acciones de desarrollo cada vez con más frecuencia. Sin embargo, la mayoría de las veces el concepto se utiliza solamente como ayuda para describir situaciones o enunciar los diferentes roles que juegan mujeres y hombres; su utilización como herramienta para el análisis de la realidad es escasa.



En la mayoría de los proyectos que “introducen la variable género”, lo que realmente encontramos es una descripción de la situación de las mujeres, donde se enfatiza su sobrecarga de trabajo, su pobreza, la falta de oportunidades que ha tenido, al tiempo que se resalta su espíritu de lucha y sus esfuerzos por sacar adelante a la familia. La mayoría de estas descripciones nos dejan muchas interrogantes que parecen destinadas a no encontrar respuesta... a menos que empecemos a hacer las preguntas oportunas.

Veamos algunos ejemplos extraídos de testimonios de mujeres que han sido beneficiarias de microcréditos para iniciar proyectos productivos en Nicaragua.

“Hace 14 años que trabajo (probablemente quiera decir que realiza alguna labor por un ingreso puesto que trabajar lo hará desde la infancia) y apporto el mayor ingreso para mantener el hogar ya que mi marido solo siembra y en la cosecha saca frijoles y maíz por lo que he tenido que realizar diferentes trabajos (¿el marido no habrá pensado lo mismo que ella? ¿qué iniciativas ha tenido él para aumentar los ingresos del hogar?)... El ingreso en mi hogar era muy poco, entonces decidí empezar el negocio de destazar cerdos (¿Realiza esta labor ella sola? ¿Cómo participa el marido que seguramente también se beneficia de los ingresos que provienen de esta labor?)”.

“Me integré al negocio ya que me facilita tener un horario libre de trabajo y así puedo atender mejor a mis hijos. (¿Esta mujer tiene pareja? ¿Es ella la única que se plantea la manera de combinar la búsqueda de ingresos con el cuidado de su prole?)”.

“A veces las mujeres nos adaptamos a estar apegadas a un hombre y yo digo que la mujer debe de ser independiente porque el hombre es de la calle. (¿Qué significa esta afirmación? En la planificación de la acción de desarrollo ¿se da por buena está definición de los hombres?) Cuando me encuentro con compañeras que tienen problemas en el hogar les digo que salgan adelante solas, que no vivan de un hombre, las mujeres debemos de trabajar para preparar a nuestros hijos que es lo único que les vamos a dejar el día de mañana. (¿Las hijas e hijos son sólo responsabilidad de las mujeres? ¿Por qué se renuncia de entrada a buscar otro tipo de arreglos en la pareja?) Los talleres me han gustado mucho, me han servido en el desarrollo de mi vida personal ya que antes sufría mucho por mi marido y ahora mi vida ha cambiado, ya no soy la misma. (¿Cómo ha cambiado la vida de esta mujer? ¿Ha dejado de sufrir porque ya no tiene marido?)”.

Si estas preguntas no se hacen, el discurso de las mujeres seguirá reproduciendo la desigualdad de las relaciones de género y las intervenciones que se implementen con ellas reforzarán esta desigualdad, solo que ahora lo que se destacará en sus testimonios será su espíritu luchador. ¿Es este el modelo de relaciones entre mujeres y hombres que aspiramos a construir? ¿Acaso el esfuerzo por salir adelante debe recaer exclusivamente en las mujeres?

En estos ejemplos, las relaciones de género hay que adivinarlas pues no aparece ningún análisis sobre ellas, sólo descripciones de una voluntad férrea de las mujeres de ganarle la batalla a la pobreza.

Veamos otro ejemplo. En este caso se trata del diagnóstico realizado en una comunidad guatemalteca sobre el uso del agua en el que se intenta pormenorizar quién y cómo hace mayor utilización de este recurso.



“Quienes realizan el acarreo de agua son todas las mujeres, niños y hombres (¿también son todos los niños y hombres los que acarrean el agua?). Mencionan las mujeres que ellas son las más afectadas porque no solamente realizan el acarreo sino también el lavado de ropa que se realiza medio día, no solamente eso, sino que varias personas usuarias (¿dónde quedó el sexo?) tienen que llevar cargando a su hijo lo que implica un triple esfuerzo, provocando cansancio, dolor de cuerpo, de cabeza y por ende, un mal desarrollo del cuerpo. (Tenemos que suponer que este párrafo describe el triple esfuerzo de las mujeres: acarrear, lavar, cargar... pero ¿por qué la confusión en los sujetos?)”.

“En la mayoría de las actividades realizadas durante el día, el agua se consume para los oficios domésticos, la higiene de los miembros de la familia y del hogar... pero como la mayoría de las actividades mencionadas son realizadas por la mujer por el rol que le han asignado en la sociedad, ella es quien consume más agua, luego sigue la familia. (¿Cómo se ha llegado a “expulsar” a la mujer de la familia?)”.

Confundir análisis de género con descripciones de la situación de las mujeres, por más estremecedoras que sean (por la dureza de sus condiciones de vida o por la firme voluntad de resistencia que demuestran) no nos ayuda a esclarecer el camino que debemos seguir para construir acciones desde una perspectiva de género. Nos aporta, en todo caso, una visión parcial del problema y un énfasis equivocado en el colectivo femenino como único responsable de su situación.

Relaciones de género no es igual a “roles diferentes de mujeres y hombres”

Las mujeres de todos los niveles educativos y sectores sociales (y a veces también los hombres si abordamos con ellos este tema) no tienen ninguna dificultad en reconocer las diferencias entre lo que su cultura entiende como femenino y masculino; tampoco les cuesta mucho identificar estas asignaciones como señas de identidad para mujeres y hombres.

Resultado de un ejercicio realizado en un “taller de género” con mujeres indígenas guatemaltecas sobre las características de hombres y mujeres

Los hombres son: para la calle, no deben perdonar, fuertes, valientes, poco emotivos, capaces, fríos, independientes, calculadores, controladores, observadores, tramposos, mañosos, proveedores, poetas.

Las mujeres son: no tienen que vivir la sexualidad, afectuosas, hechas para perdonar, dulces, culpables, aguantadoras, dedicadas al hogar, virtuosas, sumisas, pasivas, serviciales, dependientes, incapaces, calladas.

Lo que quizá les cueste más a las mujeres que hicieron este ejercicio es analizar las diferencias entre estos dos modelos genéricos y ese es uno de los aportes que la o el promotor del taller tendría que hacer.

Podría explicar cómo estas características atribuidas a la masculinidad y feminidad construyen identidades y roles dicotómicos, opuestos y jerárquicos.



- Dicotómicos porque sólo existen dos repertorios de aprendizaje posibles: femenino y masculino, y como vemos en el ejemplo no hay ninguna característica que se comparta.
- Opuestos porque lo que es considerado femenino no puede ser a la vez valorado como masculino y viceversa, ya que parece que no se puede ser para el hogar y para la calle al mismo tiempo, o es imposible simultanear la acción de perdonar que también aparece marcada por el sexo.
- Jerárquicos porque funciona un sistema de valoración social que tiende a estimar positivamente los aspectos asociados a la masculinidad y a devaluar los que se asocian a la feminidad, por ejemplo, ser capaz, valiente, fuerte, observador e independiente (características atribuidas a los hombres) es mejor que ser incapaz, sumisa, pasiva, callada, servicial y dependiente (características atribuidas a las mujeres). En el caso del perdón (el uno que no debe perdonar y la otra que está hecha para perdonar) parece que se establece una jerarquía moral más que social. Y con la afirmación sobre la sexualidad no sabemos si la negación de su vivencia en las mujeres se valora como algo positivo o negativo.

Estas reflexiones, si se dieran, nos ayudarían a iniciar el análisis de las relaciones de género. Ahora bien, la mayoría de las veces sólo se enuncian las características con un cierto halo de resignación, se les considera inamovibles y se pasa a otro tema, por lo que desconocemos cuáles son los mecanismos de resistencia a esta construcción de roles que están presentes tanto en las mujeres como en los hombres de carne y hueso.

Tampoco nos permite descubrir el conjunto de normas, tradiciones y valores que hacen *más o menos flexible* la asignación de lo (simbolizado como) femenino a las mujeres y lo (simbolizado como) masculino a los hombres, y los sistemas de control y represión para quienes transgreden los límites permitidos en los comportamientos de género.

En los informes de proyectos desarrollados en zonas rurales habitadas por indígenas guatemaltecas, encontramos testimonios de mujeres acerca de las duras críticas que reciben por parte de la comunidad¹ cuando salen de su casa para cumplir tareas en beneficio de su familia o de la propia comunidad. Quienes denuncian esta situación, la señalan como un obstáculo importante para el desarrollo de la organización femenina.

Esta respuesta hostil a un cambio en el rol de las mujeres (a las que se considera aptas únicamente para estar en casa y no para salir al ámbito público) es una muestra de la rigidez de algunas culturas indígenas para aceptar las modificaciones a los roles tradicionalmente asignados a la feminidad, por más que esos cambios puedan traer consigo beneficios inmediatos a las familias de esas mujeres y a la comunidad en que viven.

Por otra parte, mujeres que han llevado adelante proyectos de generación de ingresos en comunidades urbanas en Nicaragua, dan cuenta con orgullo de cómo se han convertido en

1. No se logra saber exactamente si esas críticas provienen de hombres o mujeres por igual, si son especialmente duras las personas mayores, las viudas, los solteros... debido a la constante referencia que se hace a la comunidad como un ente homogéneo.



las principales proveedoras de sus hogares y de su conversión en promotoras de iniciativas para que otras mujeres puedan contar con apoyos financieros para seguir su camino.

Aunque no narran con el mismo detalle la respuesta de sus parejas masculinas cuando las tienen, es posible constatar que cuentan con un cierto nivel de respaldo social a esta modificación de sus roles tradicionales, lo que sería señal de una mayor flexibilidad en ese contexto cultural a la ruptura de algunos prototipos de género, en concreto, el que asigna al rol masculino la tarea de suministrar a la familia los medios económicos que garanticen su sobrevivencia.

Sería interesante, en este mismo ejemplo, conocer si tal flexibilidad se extiende hasta otorgar mayor reconocimiento social y político a las mujeres en tanto que se han convertido en la práctica en jefas de familia o si, por el contrario, esta función se les sigue otorgando a los hombres a pesar de su dificultad, incapacidad o negativa a seguir siendo proveedores.

Conocer el grado de flexibilidad o rigidez de cada comunidad en donde se interviene es fundamental para elaborar estrategias destinadas a prevenir oposiciones, reacciones adversas, manifestaciones violentas o cualquier otra respuesta que impida trabajar desde una perspectiva de género.

Quedarnos solamente en la descripción de los roles no es hacer un análisis de las relaciones de género. ¿Se imaginan qué pasaría si en el apartado de presupuesto de un proyecto señaláramos únicamente que hace falta dinero para llevar adelante las acciones previstas?

Relaciones de género es igual a “relaciones de poder, desigualdad, jerarquías”

Las *relaciones de género* hacen referencia a la manera en que mujeres y hombres se relacionan generando *posiciones de desigualdad* en las que lo femenino y la mayoría de las mujeres estarán en el polo subordinado en tanto que lo masculino y la mayoría de los hombres conforman el polo dominante.

El análisis de las relaciones de género también sería de fácil abordaje metodológico pero sin duda empezaría a generar reacciones que ya no es tan seguro que se quieran enfrentar y, menos aún, profundizar.

En el siguiente ejemplo constatamos cómo varios grupos de mujeres indígenas guatemaltecas de comunidades rurales visualizan las diferencias de sexo en el uso del tiempo y la realización de tareas. Este ejercicio formaba parte de la elaboración de un diagnóstico situacional en el que se utilizó como instrumento una agenda del día.

Dos observaciones previas: esta técnica nunca aparece aplicada a grupos de hombres, o a grupos mixtos, tampoco aparece la agenda de los días de descanso, es decir, cuando ellos no van al campo a trabajar.



La agenda del día		
	Horarios y actividades de mujeres	Horarios y actividades de hombres
4:00	Levantarse, lavar nixtamal, ir al molino, juntar fuego, poner las tortillas, preparar desayuno	
5:00	Servir el desayuno y preparar almuerzo para llevar	Levantarse, desayunar
6:00	Limpieza de cocina	Sale para llegar a su trabajo
7:00	Limpieza y desayuno de niños, arreglar niños que van a la escuela	Inicio de trabajo
8:00	Limpieza del hogar	Trabajo
9:00	Lavado de ropa, ir al mercado, búsqueda de leña, limpia de hortalizas	Trabajo
10:00	Trabajo	
11:00	Atender a los niños pequeños	Trabajo
12:00	Preparar almuerzo	Almuerzo
1:00	Servir almuerzo a los niños	Trabajo
2:00	Guardar agua, lavado de trastos y limpieza de cocina	Trabajo
3:00	Bañarse y bañar a los niños	Trabajo
4:00	Actividades religiosas, tejer, realizar mandados, bordar, realizar costuras	Regreso de trabajo
5:00	Cocer maíz	Reunión de comités y grupo, atender animales domésticos
6:00	Preparar cena	Descanso
7:00	Cenar	Cenar
8:00	Limpiar la cocina	Dormir
9:00	Dormir	

Tras llenar esta tabla, las o los responsables de realizar el diagnóstico (que está firmado por una asociación por lo que no se puede saber el sexo de quienes lo elaboraron) extraen las siguientes conclusiones:

“La técnica desarrollada permitió a las mujeres comprender las largas jornadas de trabajo que deben realizar y cómo la repetición de tales actividades no les permite darle una valoración al mismo. La actividad central del hombre es el trabajo agrícola, en tanto el trabajo de la mujer se subdivide en el cuidado de los niños, lavado de ropa de toda la familia, preparación de alimentos, realización de tejidos y, sobre todo, las mujeres son las que más tiempo dedican al cuidado de los hijos, y como un trabajo extra, la crianza de animales domésticos que no es considerado como un trabajo fijo, por lo mismo no se menciona dentro de la agenda del día”.



Con el párrafo anterior como único elemento de análisis, las posibilidades de diseñar estrategias de intervención desde una perspectiva de género son limitadas. Para ampliar la perspectiva del análisis habría que empezar por constatar más diferencias de las que se nombran, por ejemplo:

- Diferencia en el tiempo dedicado al sueño: siete horas para las mujeres, nueve para los hombres.
- Mientras ellos dedican una hora por la tarde al descanso, ellas parecen no tener ningún tiempo libre durante toda la jornada.
- Mientras los hombres tienen tiempo para realizar actividades comunitarias, las mujeres no registran ese tipo de acciones.
- Mientras ellas dedican algún tiempo a realizar actividades que ayudan a la sobrevivencia material de la familia (aunque esas tareas no aparezcan en la agenda ya que seguramente las realizan al mismo tiempo que otras), los hombres no realizan ningún tipo de trabajo doméstico.
- Mientras en la actividad diaria de ella ocupa tiempo el cuidado de niñas y niños, e incluso actividades personales como el baño no las realiza ella sola, él no parece tener ninguna forma de relación con sus hijas e hijos a lo largo del día.

Para continuar con el análisis podríamos empezar a preguntar a las mujeres: ¿Qué explicación dan a las diferencias plasmadas en la agenda? ¿Dan por buena esta forma de organización de las relaciones familiares? Si no es así ¿qué negociaciones se realizan, con qué resultados? ¿Por qué razón los hombres se asignan dos horas más de sueño y una de descanso a lo largo del día? ¿Por qué ellas no pueden dormir y descansar más tiempo? ¿Qué implicaciones tiene esta falta de tiempo para el reposo en la salud de las mujeres? Y sus parejas ¿qué opinan de esta distribución de tareas? ¿Qué valor se da a los diferentes trabajos que realizan mujeres y hombres? ¿Cómo se sienten unas y otros en la relación que se establece a partir de esta distribución del trabajo? ¿Qué dicen otras personas o instituciones sobre esta realidad?

A partir de las respuestas que se vayan dando a estas preguntas empieza el análisis de las relaciones de género que operan en la familia y la comunidad. Cabe suponer que las explicaciones que la mayoría de las mujeres encuentran a esta situación relacionen la organización familiar y su distribución de tareas con la costumbre, la naturaleza (si las mujeres tienen los hijos ellas tienen que cuidarlos), el deseo divino o alguna otra razón que dé por buena esta forma de relación y la *naturalice*.

El análisis de género, por el contrario, cuestiona la naturalidad de esta realidad y pone el énfasis en la construcción social de las relaciones entre mujeres y hombres así como en las consecuencias ventajosas para ellos de que la familia y la comunidad se organice así (porque disfrutan de más tiempo libre, para el descanso, para la acción colectiva) y los resultados desventajosos para ellas (porque trabajan más con menor reconocimiento).

Desde una perspectiva de género, transformar esta situación es una cuestión de justicia. El logro de relaciones más justas y la eliminación de las consecuencias económicas, sociales e ideológicas que acarrearán estas particulares relaciones de género son objetivos centrales de las políticas de cooperación para el logro del desarrollo humano y sostenible.



Y los hombres ¿qué?

Hasta ahora, las confusiones sobre relaciones de género han tenido como una de sus consecuencias la “evaporación” de los hombres en el horizonte del cambio. No se suelen hacer diagnósticos, análisis o propuestas de trabajo sobre la condición y situación de género de los hombres, lo que hace suponer que, o se da por buena su forma de actuar o no se sabe cómo abordarla. El resultado es que los hombres, como colectivo específico dentro de una comunidad, están absolutamente ignorados y cabe suponer que sus preocupaciones son las que adquieren rango de “problemas generales de la comunidad”.

Ignorar al colectivo masculino en la fase de diagnóstico trae como consecuencia asignar a las mujeres todas las iniciativas para abordar los problemas derivados de la desigualdad de género. En muchos proyectos se plantea realizar “talleres de género” para que las mujeres aumenten su autoestima. ¿Por qué no se generalizan los “talleres de género” donde los hombres aumenten su autoestima y combatan los celos que les llevan a poner trabas a la participación de sus parejas? ¿Por qué los problemas que tienen los hombres, como la violencia, no son objeto de intervención y tienen que ser quienes sufren las consecuencias, o sea las mujeres, las que tienen que reflexionar y hacer acciones no sólo para defenderse sino también para intentar controlarla?

Tampoco parece plantearse en los proyectos la necesidad de realizar “talleres de género” dirigidos a poblaciones mixtas donde se pueda debatir las causas y consecuencias de la desigualdad de género.

Diferentes maneras de abordar un mismo problema	
Problema:	Escasa participación de las mujeres en las actividades comunitarias
Diagnóstico del grupo de hombres de una Directiva Comunal:	“Esto se debe a que las mujeres son tímidas y no les gusta hablar en público”.
Diagnóstico de un grupo de mujeres:	“Tenemos miedo porque si no estamos en casa cuando el marido llega mucho grita, a veces pega y dice que la mujer es de estar en la casa nomás y nos sentimos tristes porque la gente habla mal”.
Propuesta de ellos:	Talleres de autoestima para que ellas pierdan la timidez y se animen a participar en público.
Propuesta de ellas:	Campañas de sensibilización dirigidas a los hombres para que reconozcan la importancia de la participación de las mujeres como parte de sus derechos fundamentales y no las limiten a participar con sus celos y desconfianza.

Parece que son las mujeres las que más fácilmente pueden ver los problemas que tienen los hombres y las consecuencias que ellas tienen que pagar. También podemos percibir que ellos todavía no alcanzan a ver que tienen problemas de género y que es hora de abordarlos si queremos que las actuales relaciones desiguales de género cambien hacia la equidad.



Es responsabilidad de ellos empezar a trabajar en este sentido. Y es obligación de los agentes de cooperación, tomar en cuenta este aspecto al planificar desde una perspectiva de género.

A falta de análisis de género... algunas conclusiones equivocadas

No queremos dejar de mencionar tres de los equívocos más frecuentemente encontrados en las ONG (tanto del Sur como del Norte) sobre lo que significa trabajar con mujeres o abordar las relaciones de género, y que se concentran en las siguientes afirmaciones:

1. Analizar la realidad “desde el género” implica considerar a todas las mujeres como iguales.

NO. Aunque las mujeres comparten experiencias, fuerzas y obstáculos que les otorgan necesidades e intereses comunes, las formas de subordinación y de vulnerabilidad son tan complejas y están tan individualizadas como las personas que las sufren. Hay otros factores, además del género, que influyen en esta vivencia: la edad, la clase social, raza, la etnia, la opción sexual, la religión, el entorno social.

2. “Trabajar con mujeres” significa que, automáticamente, se tienen en cuenta los aspectos relacionados con la desigualdad de género.

NO. A pesar de que las relaciones de género están siempre presentes, tomarlas en consideración requiere un interés especial en descubrirlas y el uso de instrumentos de análisis que permitan poner de manifiesto los procesos que producen y reproducen las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Se pueden impulsar proyectos exclusivos para mujeres que tengan un efecto negativo en las relaciones de género y refuercen su posición de subordinación.

3. La mera presencia de mujeres como beneficiarias de las acciones o la abundancia de proyectos dirigidos exclusivamente a mujeres, son suficientes para lograr el cambio hacia una mayor equidad de género.

NO. Dado que el objetivo es erradicar las jerarquías entre los hombres y las mujeres, esto no se logrará plenamente sólo con el compromiso de una de las partes de la relación. Los hombres son tan responsables como las mujeres de lograr la equidad de género; su compromiso con el cambio es, por tanto, determinante.



ORGANIZA:



**Federación de
Planificación Familiar
de España**

C/ Ponce de León, 8 - 1º izq.
28010 Madrid
www.fpfe.org
email: info@fpfe.org
Tfno.: 91 591 34 49

EN COLABORACIÓN:

Secretaría de Estado de Cooperación Internacional



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN